

NOV 3 1943

# ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

0.5  
57  
33

*Diretor:* DR. EURICO BRANCO RIBEIRO  
*Secretário:* ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020  
Caixa Postal, 1374 — São Paulo (Brasil)

*Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00*

---

L. XLVI                      *Julho de 1943*                      N. 1

---

## Sumário:

Invaginação intestinal — Dr. Caetano Zamitti Mammana . . . . .	5
A radioterapia associada ao iodo na micose pulmonar — Dr. Mário Finocchiaro . . . . .	29
Ileo por obstrução causado por Ascaris lumbricoides — Dr. Milton Lopes . . . . .	35
Produção médica de São Paulo. . . . .	43
Associação Paulista de Medicina . . . . .	43
Sociedade Médica São Lucas . . . . .	69
Sociedade do Serviço do Prof. Celsino Bourroul. . . . .	71
Outras Sociedades. . . . .	73
Literatura Médica . . . . .	74
Imprensa Médica de São Paulo . . . . .	77
Vida Médica de São Paulo . . . . .	78
Assuntos de atualidade . . . . .	80

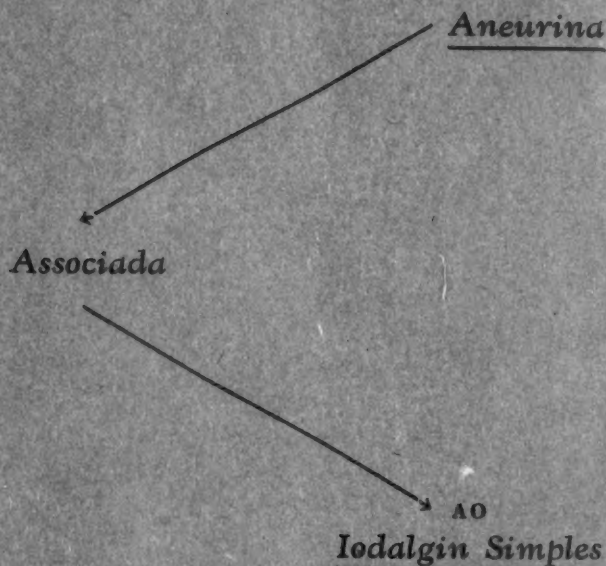


# Iodalgin B1

---

ALGIAS • NEVRITES • NEVRALGIAS

---



AMPOLAS DE 2 cm<sup>3</sup>

Caixas de 6 ampolas

"LABORATÓRIOS WADEL"  
Cyrillo Mothé & Cia. Ltda.

Rua S. Francisco Xavier, 266 - Sobrado  
Telefone 28-7729  
RIO DE JANEIRO

Praça Carlos Gomes, 52  
Tels. 3-2642 e 3-6289  
SÃO PAULO

---

UM PRODUTO WADEL

---

GIAS

, 52  
289

EL





# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$50,00; Numero avulso. . . Cr \$5,00

Vol. XLVI

Julho de 1943

N. 1

## Invaginação intestinal \*

**Dr. Caetano Zamitti Mammana**

*Livre-docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná. — Adjunto da 2.ª Enfermaria de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa de S. Paulo. — Laureado pela Academia Nacional de Medicina. — Adjunto de Cirurgia do Hospital N. S. Aparecida. — Laureado pela Soc. de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo.*

A raridade da forma ileo-ileal da invaginação intestinal nos leva a apresentar o caso seguinte observado no Serviço de Cirurgia de Mulheres do Hospital Nossa Senhora da Aparecida (antigo Hospital Umberto Primo).

Enquadrada num dos capítulos mais importantes da Patologia Cirúrgica, a *intussuscepção intestinal* deveria merecer por parte dos clínicos e cirurgiões atenção especial. Menor seria, sem dúvida, o número de inocentes criancinhas ceifadas anualmente, se esta afeção fosse perfeitamente conhecida em todos os seus detalhes. Quando os clínicos compreenderem bem a importância do diagnóstico precoce e da indicação cirúrgica de urgência, a percentagem de curas aumentará seguramente em boas proporções.

Nas páginas que se seguem propomo-nos pois a este propósito: fazer um estudo o mais claro possível desse momentoso problema, focalizando de preferência a questão do diagnóstico precoce e do tratamento cirúrgico.

### OBSERVAÇÃO

M.S. filha de J.S., com 5 anos de idade, brasileira de sexo feminino, residente à Rua do Oratório. Internada na Clínica Pediátrica de Camillis (Serviço do Dr. J. Malzoni) às 8 horas do dia 26-5-1942, foi por este colega imediatamente removida para o Serviço de Cirurgia de Mulheres com as informações seguintes:

*Pais:* Negam alcoolismo, tuberculose, moléstias nervosas e lues. Mãe com 3 partos a termo. Não teve prematuros, nem abortos. Tem dois filhos vivos; um faleceu em consequência de queimaduras generalizadas.

*Antecedentes pessoais:* A gravidez relativa à pequena M. decorreu normal e foi a termo. O aleitamento foi feito durante 12 meses. Em seguida alimentação mista durante 7 meses. A alimentação não latea foi iniciada no 7.º mês de vida. A primeira dentição se verificou no 8.º mês. Deambulação aos 13 meses. Habito dietético trivial. Vacinação contra a varíola aos 2 anos. Sarampo aos 4 anos. Não teve outras moléstias peculiares à infância.

*Moléstia atual:* Há 4 dias a criança começou a queixar-se de dores abdominais acompanhadas de vômitos, prisão de ventre, sem febre. Consultados diversos médicos e não tendo observado melhoras, resolveram seus pais trazê-la a este Serviço.

Continua até hoje com os mesmos sintomas. A mãe refere que tendo feito um clister saiu sangue preto (sic) misturado com água.

*Exame da doente:* Apresenta dores generalizadas no abdomen, mais acentuadas no ponto de Mac-Burney. O ventre é proeminente, muito doloroso à mais leve pressão com defesa muscular acentuada. Pulso 130, temperatura 37,5. Em vista disso fez-se diagnóstico de peritonite generalizada decorrente provavelmente de uma apendicite supurada.

*Intervenção cirúrgica:* Aberta a cavidade abdominal constatou-se a presença de grande quantidade de líquido purulento misturado com conteúdo intestinal. O peritônio se apresentava espesso e recoberto de fibrina. No ileon a cerca de 30 centímetros da válvula ileo-cecal encontramos uma massa tumoral constituída de uma invaginação ileo-ileal. Junto ao colar da invaginação existiam diversas perfurações por onde se escoava conteúdo intestinal de cor escura e muito fétido. Praticamos uma reseção intestinal abrangendo a massa tumoral, seguida de uma entero-entero anastomose latero-lateral. Após cuidadosa limpeza a cavidade abdominal foi pulverizada com um preparado de sulfanilamida. Drenagem da cavidade abdominal com tubo de borracha. Apesar da medicação adequada para o caso, no dia seguinte pela manhã a criança se apresentava com o ventre enormemente crescido. À tarde evacuou espontaneamente e expeliu grande quantidade de gases. O estado geral melhorou. No segundo dia queixava-se de dores generalizadas, podendo constatar-se distensão abdominal e timpanismo. O curativo estava molhado. Retirada de pequena porção do dreno. No terceiro dia evacuou novamente tendo expelido grande quantidade de gases. Retirada de nova porção do dreno. No quarto dia pela manhã o ventre estava flácido e indolor. À tarde o estado geral não era satisfatório e o ventre se apresentava abaulado, timpanico e extremamente doloroso. No quinto dia o quadro se agravou cada vez mais e a doentinha sucumbiu às 17 horas.

*Exame anatomo-patológico da peça:* O resultado do exame anatomo-patológico da peça feito no Laboratório do Hospital pelo Dr. Humberto Cerruti foi o seguinte:

"Trata-se de um caso típico ou clássico de invaginação ou intussuscepção de intestino delgado com intestino delgado (segmento ileal) que devido à penetração de parte do mesenterio através do colarinho de invaginação, os vasos que irrigam a parte invaginada foram comprimidos pelo colarinho e consequentemente devido a estase venosa deu-se tumefação e infiltração sanguínea deste, fato este bem evidenciado na peça recebida, porquanto se mostra de cor vinhosa intensa. Em alguns pontos deparam-se manchas arredondadas mais esmaecidas que correspondem às placas de Peyer, vistas através das tunicas muscular e serosa. A mucosa da parte invaginada mostra

se em franca necrose. O conteúdo intestinal pouco abundante é rico em coágulos sanguíneos e fragmentos de mucosa intestinal necrosada, exalando odor *sui generis* bastante acentuado e nauseabundo. Deixamos de fazer a verificação histo-patologica porquanto nestes casos de estase venosa e suas consequências em nada elucida, em nada esclarece”.

Invaginação intestinal ou intussuscepção intestinal ou ainda hernia enterica é a penetração de uma parte do tubo intestinal na porção vizinha.

Quando o segmento superior se invagina no inferior, a invaginação é descendente ou também chamada progressiva de HUNTER, ao passo que no caso contrario recebe o nome de ascendente ou retrograda.

BECKER foi um dos primeiros a estudar a invaginação intestinal descrevendo-a em 1769 com o nome de intussuscepção. Posteriormente outras publicações apareceram, destacando-se as de BLIZART - 1809, ROCKITANSKY - 1837, GORMANN - 1838, RILLIET - 1852, HUCHINSON - 1873, BRAUNE - 1885 e outros. Em seu trabalho escrito em 1860 DUCHOSSAY se refere a 135 casos observados.

Quanto à sua *frequencia*, é mais encontrada nas crianças e entre estas sua predominancia é maior no sexo masculino do que no feminino.

Em 1847 PIGNÉ observou um caso de 5 invaginações intestinais de larga evolução num nati-morto. MARWICK citado por RAFINESQUE e CLAIN GELSTON encontraram-na no recém-nascido. STEELE, PERRIN e LINDSAY por sua vez observaram-na em crianças com um dia de vida. KERLEY refere um caso no decimo dia, WILLIAMS constatou-a no primeiro mez, EDINGTON no segundo mez, BROWN no terceiro mez e STEINGLEGER na sexta semana.

Segundo LEICHTENSTERN, a maioria dos casos se verificam entre o primeiro e decimo ano, ao passo que uma percentagem menor e equivalendo aos 25 % é constatada no primeiro ano de vida. Para OMBREDANNE a percentagem entre os lactentes seria mais alta, isto é de 68 %. KOCK-OERUM e BIRKENFELD encontraram entre estes um numero maior que se aproxima de 75 %. Das estatisticas de ANCEL, WANDEL e CAVAILLON conclue-se que as possibilidades anatomicas da invaginação entre as crianças e adultos nos dão uma proporção de quatro para um. PIQUE, MASKARICK e CHIARI são de opinião que as invaginações que provocam acidentes logo depois do nascimento devem remontar à vida fetal. Outros autores entre os quais por sua vez GOHRBANDT acreditam que a invaginação incide com maior frequencia no desmame.

Aceita a condição de que a invaginação se produz de preferencia quando uma alça intestinal movel está situada acima de uma alça fixa, apela estes autores em favor de suas alegações para as condições anatomicas do aparelho digestivo e como exemplo

citam a maior frequência da invaginação ileo-cecal que seria explicada pelo fato do ceco ser muito mais movel no lactente do que no adulto.

GRISEL sobre 330 casos no fornece as cifras seguintes:

Menores de um ano (entre 4.º e 7.º mez)	65%
de um a dois anos . . . . .	7%
tres anos . . . . .	3%
quatro anos . . . . .	6%
de cinco a dez anos . . . . .	13%
de dez a quinze anos . . . . .	5%

De outro lado MONARD obteve o seguinte resultado:

de zero a tres mezes . . . . .	1 caso
de quatro a seis mezes . . . . .	21 casos
de sete a nove mezes . . . . .	34 casos
de um a dois anos . . . . .	23 casos
de dois a tres anos . . . . .	15 casos

WEISS em cem casos constatou cincoenta e cinco na primeira infancia, 26 na segunda infancia e 19 no adulto. Na opinião de PERRIN e LINDSAY 50 % das invaginações se verificam entre o 4.º e 9.º mez.

Quanto à *raça*, em base das comunicações feitas em diversos Congressos parece haver maior incidencia entre os anglo-saxões representados pelos inglezes, dinamarquezes, americanos do norte e mesmo australianos, excluidos naturalmente os nativos. Sua frequência é menor na Alemanha, Austria, Italia, França e entre nós.

As *causas* da invaginação podem ser divididas em *primitivas* e *secundarias*.

No grupo das *primitivas* encontramos os traumatismos, esforços, etc.

Entre as *secundarias* tem sido enquadrado os tumores benignos do intestino (polipos, enterquistomas, lipomas sub-mucosos da valvula ileo-cecal, etc.), tumores malignos do intestino (linfossarcoma difuso, carcinoma anular, etc.), diverticulo de MECKEL, lesões intestinaes (pericolite cronica membranosa, entero colite cronica com espasmos, estenose, tifo, colera, disenteria, tuberculose da valvula ileo-cecal, etc.), apendicite cronica, corpos estranhos (fecalomas, ascaris), ingestão de alimentos de difficil digestão e em quantidade excessiva, bebidas geladas, purgativos, clisteres efetuados com instrumental defeituoso, etc.

A influencia da alimentação no aparecimento da invaginação é muito discutida e é posta em duvida pela maioria dos autores, mas apesar disso FRITZWILLIAMS atribue aos erros de dietetica grande importancia como causa deste processo morbido.

Hoje em dia acredita-se que a maior predisposição se acha vinculada ao desenvolvimento do tubo intestinal. Segundo as pesquisas

quizes de D'AREY-POWER o intestino grosso é delgado que na ocasião do nascimento se apresentam com o mesmo calibre, lá pelo 4.º mez crescem rapidamente em comprimento e largura podendo então apresentar segundo POWER perturbações em seu sistema nervoso e muscular. Estas perturbações se verificariam com maior frequência no ponto de união do intestino delgado de desenvolvimento relativamente lento com o intestino grosso em fase de desenvolvimento ativo. No que diz respeito às invaginações que se produzem fora do territorio ileo-cecal, WILMS admite como condição previa e necessaria a existencia de um mesenterio ou mesocolon longo e pobre em gordura.

Diversas são as theorias que procuram explicar o *mecanismo* da invaginação intestinal.

Na theoria espasmodica admite-se que determinada alça intestinal contraída sob a ação de uma excitação qualquer, recebendo o impulso de diferentes ondas peristalticas, se introduz no segmento que abaixo se lhe segue, em paresia no momento e nele se aprofunda cada vez mais. Para GOHRBADT este mecanismo só se observaria em limitado numero de casos tais como, por exemplo: a presença de um corpo extranho ou um diverticulo de MECKEL que dificultando a passagem das fezes, determinaria uma contração espasmodica do intestino, que impellido por sua vez pela onda peristaltica, se invaginaria.

Na formação das invaginações na purpura abdominal de HENoch, ZAJER admite mecanismo semelhante apontando a hemorragia como responsavel pela paresia de uma alça intestinal, o que facilitaria a intussuscepção da porção situada mais acima.

Por analogia com o que se passa nas invaginações secundarias, os autores classicos attribuiam ao edema da valvula de BAUHIM, ponto de partida de contrações peristalticas do intestino, o papel de um verdadeiro corpo extranho.

NOTHNAGEL, PROPPING e DIETRICH baseados em estudos experimentais acreditam que a maioria das invaginações fisiologicas são devidas à excitação de uma porção qualquer do intestino capaz de determinar não só a contração intensa dessa porção, mas também seu alongamento; num dado momento sobre essa parte afilada e alongada deslizaria mecanicamente a alça intestinal situada por baixo, mais alargada em relação à primeira, iniciando-se desse modo a invaginação que por sua vez crescendo à custa de sua bainha se acentuaria com a sobrevença de novas contrações anulares da porção terminal. Assim sendo, na opinião desses autores, a parte intestinal mais altamente situada teria atuação passiva, ao passo que a parte ativa estaria representada pelas contrações anulares da porção terminal. O ponto inicial exato da invaginação se encontra portanto na extremidade da alça invaginada.



Pela teoria mecânica de LEICHTENSTERN a invaginação só se produz quando ha paresia de uma seção circumscrita do intestino. BINAGHI defendendo este ponto de vista chegou às conclusões seguintes, baseado em experiências interessantes:

a) O inicio de uma invaginação intestinal é um fenomeno puramente mecanico que depende das condições especiais de posição e do diametro assumidos por duas alças intestinais: alça superior contraída e alça inferior relaxada ou paretica.

b) A persistencia e progressão posterior da invaginação é um fenomeno exclusivamente fisiologico que corre por conta dos movimentos peristalticos descendentes da alça invaginante sobre a alça invaginada — fato semelhante ao que se observa normalmente numa alça intestinal, quando impele para a frente as fezes ou um corpo extranho contido em sua luz.

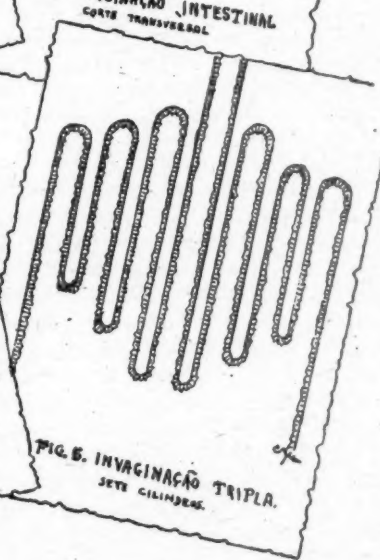
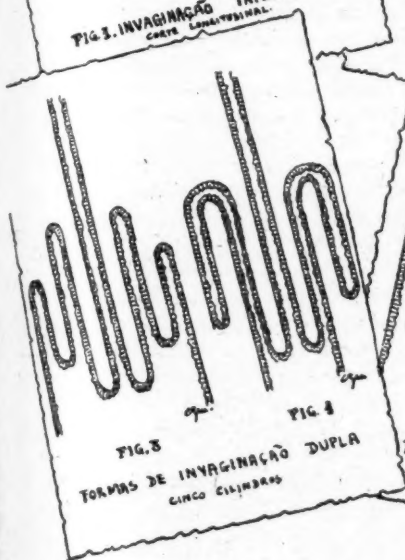
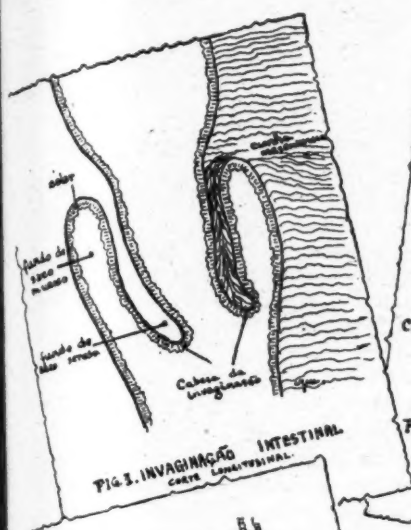
CANNON por meio de radioscopias poudo observar ao nivel do grosso intestino movimentos anti-peristalticos fisiologicos, e movimentos do colon em massa que partem do angulo hepático e terminam no ceco. Se por ocasião desse antiperistaltismo uma causa irritativa qualquer agindo sobre determinado ponto do intestino delgado despertar movimentos peristalticos violentos que impelem o ileo em sentido inverso na região cecal, ponto de encontro mais frequente dessas ondas peristálticas antagonicas, produzir-se-ia um fenomeno de choque semelhante ao que se observa na desembocadura dos rios, em que a onda retrograda (nesse caso anti-peristaltica) passa por fora e por cima da onda natural (peristaltica). O encontro dessas ondas antagonicas na região cecal seria segundo OMBREDANNE a causa mais frequente do inicio de uma invaginação no lactente.

LERICHE e CAVAILLON aos fatores fisiologicos acresclem fatores anatomicos representados no intestino delgado pelo mesenterio muito longo que lhe empresta uma mobilidade relativamente grande, e no colon pela anomalia de fixação escassa do meso primitivo ou pela presença de um meso secundário.

AMELINE e LEFEBVRE são de opinião que a invaginação se processaria em consequencia de excitações sensitivas e motoras.

Apesar das pesquisas a respeito não se conseguiu até hoje descobrir o momento exato em que uma invaginação fisiologica se transforma numa invaginação patologica. Segundo DIETRICH o intestino uma vez invaginado procuraria desinvaginar-se por meio de contrações repetidas das fibras longitudinais, porém este fato só é possível si a contração primitiva responsavel pela invaginação desapareceu permitindo à alça invaginada desprender-se de sua bainha.

Quanto à *evolução* temos que logo no inicio em que se estabelece a invaginação, sua cabeça constituindo um ponto estreitado, dificulta consideravelmente a passagem de materias fecais e de



gazes. À medida que o cilindro se alonga vae-se engrossando cada vez mais até que por fim se torna impermeavel ao conteúdo intestinal. A progressão do cilindro invaginado se faz à custa do impulso deste conteúdo, que por sua vez é acionado pelo conjunto de forças representadas pela ação energica do peristaltismo intestinal e pelas contrações das paredes do abdomen e do diafragma.



No que diz respeito ao *comprimento*, o cilindro pode ser longo ou curto dependendo naturalmente da maior ou menor mobilidade da porção intestinal invaginada. Assim é que nos casos de progressão curta observada sobretudo nas invaginações ileais puras e em certas invaginações ileo-colicas o avanço é obstado quer seja pela cunha mesenterica ou então pela resistencia oposta pela fixidez do ceco ou da valvula de BAUHIM.

De outro lado nas progressões longas o cilindro pode ser encontrado em todo o quadro colico, a partir do ceco até o S iliaco, reto ou mesmo franqueando o esfinter anal. Nestes casos constata-se uma anormal latitude dos mesocolons ascendente e descendente cuja coalescência com o peritoneo parietal posterior é pouco acentuada.

### ANATOMIA PATOLOGICA

Iniciando o estudo anatomo-patologico da invaginação intestinal convem de passagem dizer algumas palavras sobre a intussuscepção agonica, esse interessante fenomeno que pode sobrevir durante a agonia de uma criança que falece em consequência de uma afecção qualquer. Constituindo um verdadeiro achado de autopsia ela corre por conta de contrações irregulares do intestino em que a vitalidade não cessou contemporaneamente em todas as suas porções. De dimensões reduzidas, às vezes multiplas, facili de se desfazer, não determina alterações para o lado do peritônio, fatos esses que em conjunto são mais do que suficientes para evidenciar sua origem.

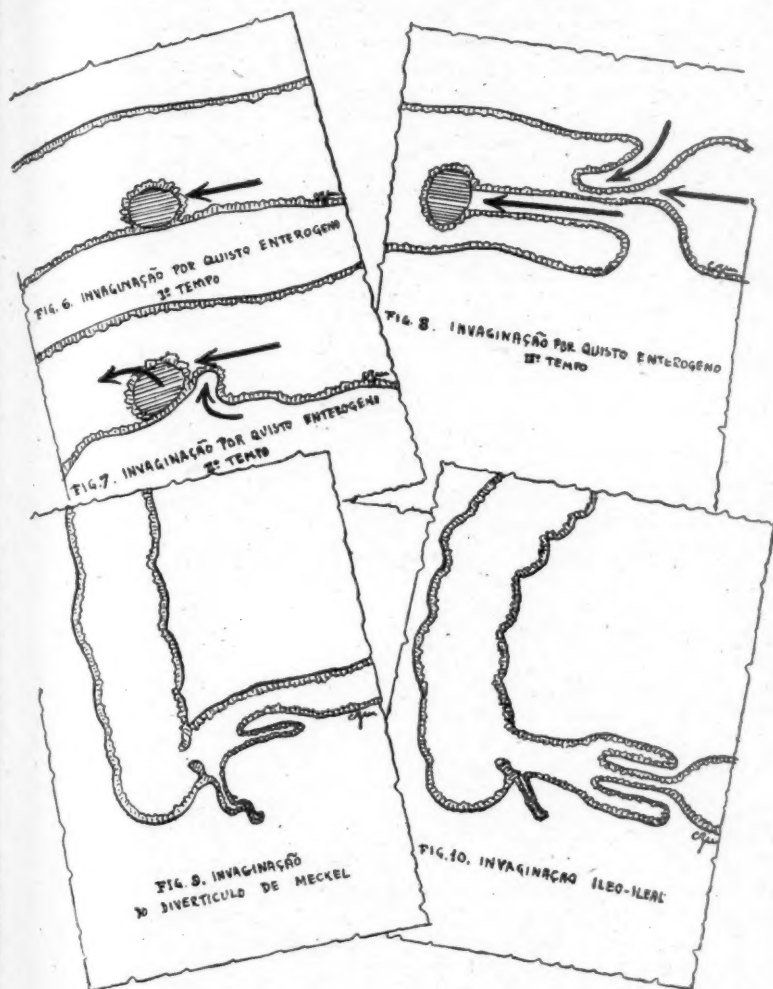
O exame macroscopico da invaginação nos revela ordinariamente numa determinada porção do tubo digestivo a presença de um tumor de dimensões variaveis que se continua por uma de suas extremidades com alças intestinais fortemente distendidas e pela outra com o intestino achatado e contraído.

Quanto à sua *forma* a intussuscepção pode ser dividida em 4 tipos distintos a saber: *invaginação simples*, *invaginação dupla*, *invaginação tripla* e *invaginação lateral*.

Na *invaginação simples* o tumor observado num corte longitudinal nos mostra tres camadas distintas constituidas de parede intestinal e que se sobrepõem como tres cilindros (fig. 1).

1 — O cilindro externo tambem conhecido com os nomes de intussusciens, cilindro embainhante ou bainha de invaginação, é formado pela parede do intestino receptor; continua-se com o medio por meio de uma dobra anular à qual se dá o nome de colar da invaginação. Visto de fora para dentro apresenta uma serosa livre e uma superficie mucosa aplicada à mucosa do cilindro medio.

2 — O cilindro medio com sua serosa em contato intimo com a serosa do cilindro interno se continua por sua vez com este me-



diante uma segunda dobra denominada cabeça ou apice da invaginação que possui um orifício de situação um tanto excêntrica.

3 — No cilindro interno a superfície mucosa corresponde à luz do intestino invaginado ao passo que sua serosa se aplica como vimos à serosa do cilindro medio. O conjunto constituído pelo cilindro interno representa a porção invaginada ou intussuscepção.

O mesenterio não perde suas relações com o intestino, e uma vez estabelecida a invaginação ele se dispõe em forma de cunha no bordo axial da dupla bainha intestinal que se invaginou. Com a tração que ele suporta, repuxa a parte invaginada, imprimindo-lhe uma curvatura de concavidade dirigida para o ponto de sua inserção. Em vista disso, o orifício da cabeça da invaginação que deveria corresponder ao eixo do intestino é deslocado o mais das vezes para o lado da bainha.

Analisando a figura 1 em que o tumor aparece num corte longitudinal, encontramos de fora para dentro: — uma serosa; b — duas serosas sobrepostas; c — duas serosas separadas em um dos lados pela cunha mesenterica; d — uma mucosa.

Na figura 2 que representa o tumor num corte transversal temos do mesmo modo de fora para dentro: — uma serosa; b — duas serosas; c — duas serosas tendo interpostas de um lado a cunha mesenterica; d — uma mucosa.

A penetração de uma invaginação simples que como vimos é formada de tres cilindros, na alça intestinal seguinte, dá lugar a uma *invaginação dupla* ou de 5 cilindros (fig. 3). Este tipo de invaginação pode tambem verificar-se nos casos em que a bainha de uma invaginação simples dobrando-se sobre as paredes visinhas deslizaria sobre a porção seguinte do tubo intestinal (fig. 4).

Se uma invaginação dupla por sua vez consegue penetrar na alça intestinal seguinte teremos como resultado uma *invaginação tripla* ou de 7 cilindros (fig. 5).

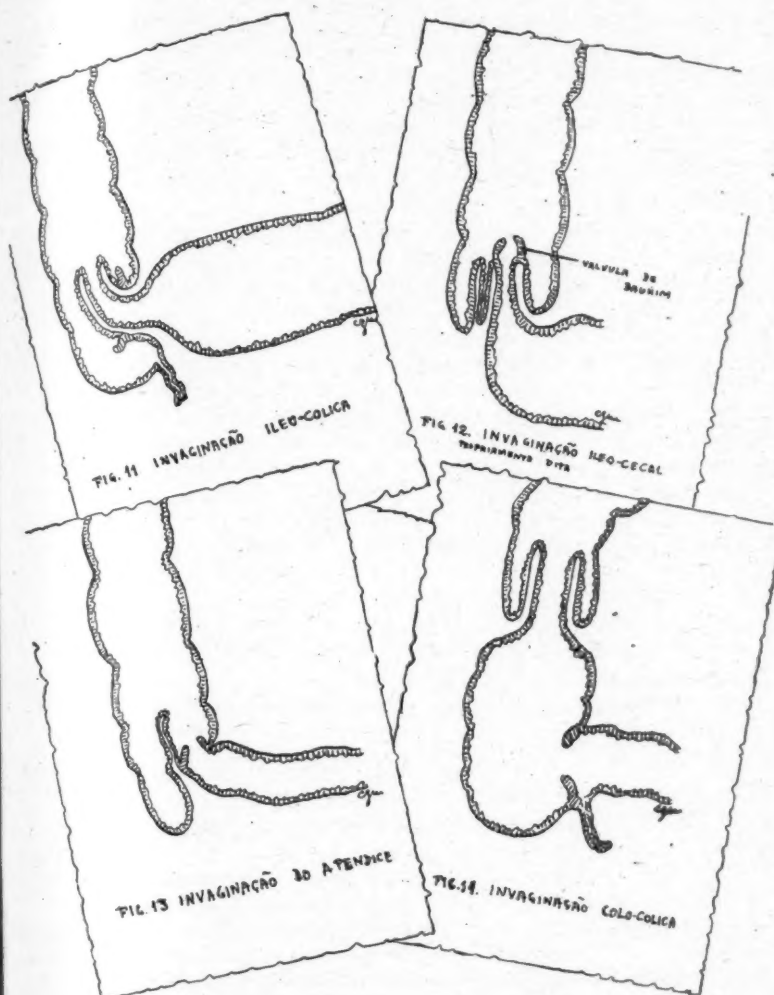
A *invaginação lateral ou parcial* que em regra não chega a determinar uma obstrução intestinal completa, se caracteriza pelo fato da intussuscepção se processar à custa de uma porção da parede intestinal (figs. 6, 7 e 8). Neste genero de invaginação podem ser coligidos os raros casos de polipo pediculado da mucosa, de quisto enterogeno, de invaginação isolada do diverticulo de MECKEL, (fig. 9), etc.

Por sua vez o diverticulo de MECKEL pode invaginar-se de tres modos: a — invertendo-se em forma de dedo de luva na luz intestinal e atuando desta forma como polipo e por seu arrasto determina uma invaginação; b — invaginando-se com a alça de implantação na alça seguinte sem se inverter previamente; c — o diverticulo pode invaginar-se só, sem arrastar a parede do intestino e provocar assim mesmo uma obstrução.

Quanto à *sede*, EICHORST, classifica a invaginação em *duodenal*, *duodeno-jejunal*, *jejuno-colica*, *ileo-colica*, *ileo-cecal*, *colit-retal* e *retal*.

Comtudo a maioria dos tratadistas só descrevem 4 tipos distintos a saber: *ileal* ou *ileo-ileal*, *ileo-colica*, *ileo-cecal* e *colica*.

A invaginação *ileal* ou *ileo-ileal* como seu nome indica é devinda à penetração de uma alça do ileo numa outra do mesmo trato



intestinal (fig. 10). De frequencia relativamente rara ela se apresenta em 5 % dos casos.

A ileo-colica nos fornece uma percentagem um pouco maior do que a precedente, e na opinião de OMBREDANNE, se verifica aproximadamente em 11 % dos casos.

Este tipo de invaginação se caracteriza pelo fato do ileo penetrar no ceco, e às vezes mesmo no colon, depois de ter fran-

queado a valvula ileo-cecal que no caso passa a representar o papel de colar fixo. Para que isso se verifique deve existir uma coalescencia perfeita entre o ceco e o peritoneo parietal posterior. Se esta coalescencia não for completa, a alça invaginada depois de ter num primeiro tempo franqueado e invertido a valvula de BAUHIM, arrasta consigo paulatinamente o ceco, deslocando ao mesmo tempo para a frente a cabeça e o colar da invaginação (fig. 11).

Para a *invaginação ileo-cecal* as cifras encontradas nas estatísticas referidas pelos autores variam consideravelmente. Assim é que LEICHTENSTERN nos dá uma media de 44 %, GLUBBE, 70 %, GOHRBANDT, 75 %, GRISEL e OMBREDANNE, 82 %, WIGGIN, 89 %, etc.

Nesta forma de invaginação a cabeça é quasi sempre representada pela valvula ileo-cecal, que com seu cilindro central constituído pelo ileo, penetra no colon ascendente e arrasta consigo logo de inicio o ceco, invertendo-o em dedo de luva; o apendice, acompanha o ceco, e à medida que o apice da invaginação progride em direção do reto, o colon ascendente por sua vez passa a fazer parte também do cilindro interno (fig. 12). E' obvio que uma invaginação do tipo que acabamos de descrever só é possível, quando a coalescencia entre ceco e colon ascendente e a parede parietal posterior é incompleta ou mesmo nula.

Segundo LEICHTENSTERN a invaginação ileo-colica se formaria na porção correspondente à parte inferior do ileo, situada nas proximidades da valvula de BAUHIM.

A intussuscepção ileo-cecal pode ser sub-dividida em tres tipos:

- a) — O tipo ileo-cecal propriamente dito, em que a cabeça da invaginação é constituída pela valvula ileo-cecal; (fig. 12);
- b) — O tipo ceco-colico, em que o ceco representa o apice da invaginação;
- c) — O tipo apêndico-cólico, em que a invaginação se inicia no apendice vermiforme. Neste caso a invaginação da mucosa apendicular pode ser total ou parcial (fig. 13).

A forma *colica ou colo-colica*, mais rara do que a precedente, é encontrada em cerca de 25 % dos casos, e se caracteriza pelo fato do colon se invaginar sobre si mesmo. Aqui como na invaginação ileo-cecal, a coalescencia entre o ceco e colons ascendente com o peritonio parietal posterior é incompleta ou mesmo nula (fig. 14).

No que diz respeito às *dimensões* do tumor formado pela invaginação, seu comprimento varia de acordo com a porção de intestino em que ela se assesta, achando-se subordinado à conformação anatomica do mesenterio, e à maior ou menor coales-

18)

cencia existente entre o ceco e colon e a parede posterior do abdome.

Em vista disso, numa ordem decrescente encontramos em primeiro lugar as invaginações ileo-cecais, que em regra são mais longas e nas quais a cabeça da invaginação pode ser encontrada no reto ou mesmo prolapsada pelo anus. A estas se seguem as invaginações colicas e por ultimo as do intestino delgado, quasi sempre mais curtas, mas que, de outro lado, em vista da conformação anatomica do mesenterio, se apresentam em certos casos duplas ou mesmo triplas.

Alem das condições anatomicas que acabamos de mencionar devemos levar em conta os fenomenos de compressão e os processos inflamatórios que se verificam ao nivel do colon, seguidos de formação de adherencias mais ou menos extensas, as quais influem por sua vez sobre o progredir da invaginação. E' de observação corrente o fato de que quanto mais agudo é o processo, tanto mais curto é o tumor formado pela intussuscepção.

Quanto à *forma* a invaginação intestinal pode ser dividida em *aguda e cronica*.

Na *invaginação de forma aguda*, o mesenterio ou mesocolon estirados e estrangulados ao nivel do colar da invaginação, em vista da tração que exercem sobre a alça invaginada têm sua circulação venosa diminuida, ou mesmo obstada.

Como consequencia, as paredes do segmento invaginado se apresentam logo de inicio cianosadas, com infiltração edematosa e extravasamentos sanguineos. A congestão consequente desta detenção da circulação de retorno se acentua cada vez mais, e a partir da 6ª a 8ª hora de encarceramento a mucosa começa a sangrar, o que constitue um dos sintomas fundamentais da afecção.

A inflamação do cilindro se manifesta logo depois, processando-se em massa.

Ao mesmo tempo sobreveem a adenopatia mesenterica, lesão secundaria, que possivelmente deve correr por conta da absorção de liquido de estase extremamente septico contido na porção do tubo digestivo situada acima do obstaculo.

Esta adenopatia que se manifesta especialmente nos ganglios da porção encarcerada entre os dois cilindros da porção invaginada, contribue naturalmente para aumentar a constrição ao nivel do colar.

Quanto mais tempo durar o estrangulamento tanto mais intensa se torna a tumefação inflamatória onde se verifica sucessivamente hiperemia, exsudação de fibrina, infartos hemorragicos intra-parietaes, necrose e processos ulcerativos que atingem de preferencia o cilindro interno e sobretudo a cabeça e o colar da intussuscepção.



Segundo FORGUE, BOSC e BLANC, estas lesões necrosantes seriam devidas à compressão mecânica e à presença de germens especialmente colibacilos nas diferentes camadas das paredes da porção intestinal interessada e que aí chegam através alterações epiteliais da mucosa. As paredes imediatas do intestino particularmente as que estão situadas acima do obstáculo, e o peritônio circumvisinho, participam do processo inflamatório, observando-se então em correspondência ao colar, a formação de aderências mais ou menos íntimas entre a serosa deste e a serosa do cilindro interno.

Quando o estrangulamento data de alguns dias, o intussuscepto se torna friável em um ou mais pontos e assume o aspeto criviforme.

No fim de 2 a 3 dias segundo os casos, o esfacelo se inicia, e progride com maior rapidez junto ao colar da invaginação, podendo concomitantemente ser observado com relativa frequência ao nível da bainha da intussuscepção, no ponto da porção do intestino situada acima da invaginação em que o mesenterio repuxado exerce maior pressão.

Outras vezes, quando no colar o estrangulamento não é completo, as alterações que se verificam na porção invaginada em consequência da má circulação, infetando-se, podem determinar num dado momento ao nível da cabeça, uma gangrena que se alastra posteriormente em direção ao colar.

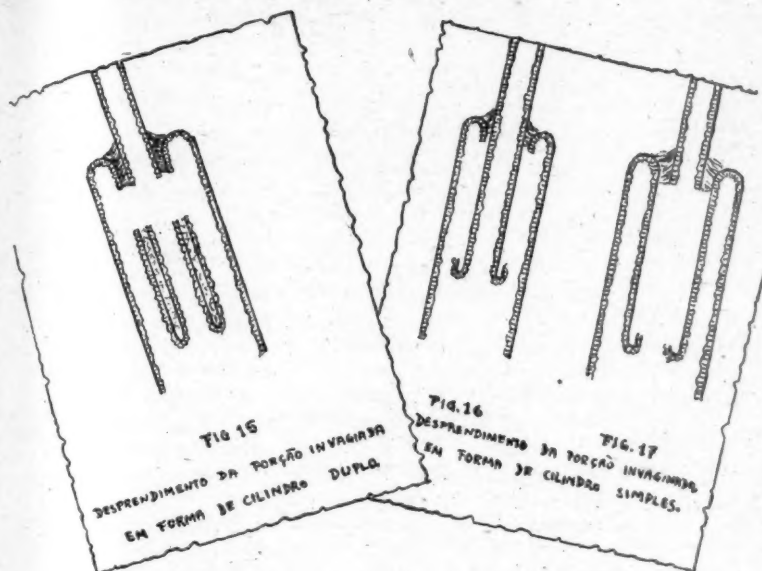
Em seguida, num período de tempo que em geral varia de 2 a 5 dias a intussuscepção atingida pelo esfacelo se perfura num ponto da circunferência próximo ao colar, iniciando-se um dos tempos de eliminação da porção invaginada, fenómeno interessantíssimo, que constitui-se bem que raramente um dos modos de cura espontânea da invaginação. Este facto excepcionalmente constatado no lactente não deixa também de ser raro nas outras idades. De possibilidades maiores nas invaginações ileais do que nas cólicas pode ser observado a partir do 3.º dia ou mesmo alguns meses depois que teve início a intussuscepção.

A eliminação da alça invaginada pode processar-se sob a forma de um tubo duplo ou de um tubo simples.

A primeira modalidade se verifica nos casos em que a serosa do cilindro médio já por ocasião do destaque se apresentava intimamente aderente à serosa do cilindro interno (fig. 15).

A falta dessas conexões, permitindo que um dos cilindros se desprenda do colar antes do que o outro, faz com que o segmento eliminado assumo o aspeto de um tubo simples. Se nesta última forma de eliminação o cilindro externo se destacar em primeiro lugar, vemos que ele avança sob a acção peristáltica da bainha desdobrando a mucosa de fora para dentro: o tubo expelido pelo anus se apresenta então como uma porção de intestino com disposição anatomica normal, isto é com sua mucosa voltada para





dentro (fig. 16). No caso contrario, isto é, se o cilindro interno se desprender em primeiro lugar, o segmento invaginado é eliminado com a mucosa olhando para fora (fig. 17).

Quando ao redor do colo já existem aderencias intimas entre a serosa deste e a serosa do cilindro interno, o destaque da parte invaginada em esfacelo não ocasiona discontinuidade no trajeto do tubo gastro-enterico.

Com o passar dos tempos, porem, no colo, a cicatrização que se verifica ao nivel da ulceração deixada pelo desprendimento do cilindro, determina o mais das vezes, um estreitamento da luz intestinal. Nos casos em que essa ulceração se infeta, pode transformar-se ponto de partida de uma enterite cronica grave.

Quando ha eliminação parcial do cilindro sobrevem uma cicatriz lateral com desvio do canal intestinal.

O segmento subjacente do intestino, pode apresentar hemorragias sub-mucosas e ulcerações superficiais ou profundas que chegam até à perfuração.

Mas como vimos ha pouco as cousas raramente se passam do modo que acabamos de descrever.

Nas invaginações agudas, como não ha tempo suficiente para a formação de aderencias junto ao colar, a rutura do intestino se verifica com grande frequencia, determinando uma *peritonite generalisada hiperseptica* de forma gravissima, se considermos que às alterações histologicas das paredes intestinais se

associa uma infecção microbiana de virulencia exaltada em que toma parte saliente o bacilo coli.

Outras vezes, alguns dias depois da queda da porção invaginada, as aderencias que se formaram para manter fixa a serosa do colar à serosa do cilindro interno podem ceder, acarretando do mesmo modo uma *peritonite difusa hiperseptica mortal*.

Na *invaginação crônica* o cilindro apesar de mal nutrido continua com vitalidade, apresenta-se de dimensões mais ou menos notáveis e em suas diferentes tunicas não se observam lesões anatomicas de grande monta.

Outras vezes, as superfícies serosas externas acham-se fixas umas às outras por meio de espessas aderencias que podem acarretar um estreitamento permanente da luz intestinal.

A duração da invaginação crônica varia de semanas, mezes ou mesmo anos. Se em certos casos ela se cura por meio de um processo de desinvaginação espontâneo, não poucas vezes, com a sobrevivência de perturbações circulatorias ocasionadas por uma causa qualquer, pode transformar-se numa invaginação aguda apresentando as lesões observadas para esta forma.

De um modo geral, se levarmos em consideração o fato que quanto mais lentamente se produz uma invaginação tanto menos marcados são os fenômenos reativos no território da mesma, teremos que na invaginação crônica estas reações se limitam a uma ligeira congestão do segmento invaginado.

*Desenvaginação*: — Se bem que raramente, a invaginação aguda de curta data pode desenvolver-se espontaneamente.

Outras vezes, observam-se invaginações e desinvaginações repetidas, que foram descritas por alguns autores com a denominação de *invaginação habitual* ou *reincidivante*.

## ESTUDO CLINICO

REFINESQUE estudando a invaginação descreve quatro formas clínicas, a saber: *a* — a forma super-aguda sumamente grave e tumultuosa, com a duração de um a dois dias; *b* — a forma aguda que atinge sete dias; *c* — a forma sub-aguda que se prolonga até o decimo quarto dia mais ou menos; e *d* — a forma crônica quando ultrapassa este periodo.

Sob o ponto de vista clinico, a invaginação intestinal é dividida pela maioria de autores em *aguda* e *crônica*, tendo-se sempre presente que entre estas duas modalidades existem muitas formas de transição.

Assim é que uma invaginação aguda pode num dado momento transformar-se numa crônica, do mesmo modo que numa crônica podem sobrevir fenômenos agudos. De outro lado, não

devemos esquecer as invaginações alternadas ou reincidivantes, que se caracterizam pelo fato de apresentarem períodos sem perturbações, seguidos de fases de recrudescimento.

Estas formas estão incluídas no grupo das invaginações crônicas e, segundo alguns autores, nos intervalos livres produzir-se-ia uma verdadeira desinvaginação, fato esse que aliás não poudeser comprovado até hoje.

### INVAGINAÇÃO AGUDA

Na maioria dos casos, a molestia se manifesta bruscamente no individuo em plena saúde; outras vezes, é precedida de crises dolorosas, emissão de fezes sanguinolentas, diarreia, etc., fatos esses, que na opinião de GRAY, seriam sobretudo frequentes na invaginação do divertículo de MECKEL.

O primeiro sintoma se traduz pela dôr persistente, localizada no abdomen, com remissões e exacerbações que se sucedem durante 6 a 8 horas (OMBREDANNE); de intensidade variavel, ela pode atingir um grau tal, a ponto de determinar ataques convulsivos, desfalecimento, colapso, etc.

Sua localização varia de acordo com a sede da invaginação, e se irradia para o resto do abdomen. Em geral, é difusa, mas o mais das vezes é mais acentuada na região umbelical, fato esse explicado pela tracção intensa que exerce a alça invaginada sobre o mesenterio. Em alguns casos ela pode apresentar-se bem circumscrita, só se manifestando pela pressão.

No inicio da molestia, não é raro o aparecimento concomitante de fenômenos de meningismo, que podem levar a confusões com a meningite cerebro espinhal.

A dôr se seguem os *vômitos* repetidos, a principio alimentares ou mucosos, e posteriormente biliares ou fecaloides; em seu meio, raramente se encontra sangue, e quando este está presente provem da mucosa gastrica. O vômito, inicialmente reflexo, se apresenta em seguida relacionado com a ingestão de alimentos e mais tarde se manifesta independentemente della. O vômito fecaloide é raro, e só se observa nas invaginações de localização baixa.

O *estado geral* da criança é atingido de modo tão característico, que não pode passar desapercibido. Observa-se particular prostração que não corresponde aos sintomas iniciais; os traços fisionomicos estão afilados, a expressão palida e angustiosa, desenhando-se a facies abdominal, que logo chama a atenção. Este quadro é devido ao choque ocasionado pela compressão e tracção sofrida pelas fibras nervosas do mesenterio, que se verifica e se acentua com a progressão do tumor.

A criança chora e tem horror aos alimentos ou os vomita depois de ingeri-los. A isso se acresce o medo, a cianose, dificuldade de respiração, pulso acelerado às vezes vibrátil, queda da temperatura abaixo do normal, e as contraturas tónicas das extremidades. Nos lactentes os ataques convulsivos vêm complicar muitas vezes o quadro clínico.

A criança se defende das dores pela flexão exagerada dos membros inferiores, pois a pressão sobre a zona da invaginação diminui a intensidade da dor.

Elemento de diagnostico importante é a *forma do ventre*, que se apresenta achatado no flanco direito e distendido ao nível do epigastrio e flanco esquerdo. Em certos casos, é possível observar através das paredes abdominais distendidas, as contrações vermiculares das alças intestinais. Durante os acessos dolorosos, os musculos da parede abdominal se tornam tensos, e com o desaparecimento destes voltam à sua flacidez, permanecendo o abdomen apenas sensível à pressão.

A expulsão de gases e as *evacuações* são a principio escassas.

A congestão venosa e os infartos hemorragicos que se verificam na espessura e na superficie da mucosa da alça invaginada, se traduzem pela evacuação de abundante mucosidade em mistura com quantidade variavel de sangue. Este é eliminado algumas vezes em quantidade minima que mal se distingue a olho nú, ao passo que outras vezes assume proporções de verdadeira hemorragia, a ponto de lhe ser atribuida a causa-mortis. O sintoma é tão característico que a equação de OMBREDANNE tem sua justificação:

Sinal de oclusão + sangue pelo anus = invaginação intestinal.

Se o sangue é de eliminação recente e não se acha misturado, fala em favor de uma invaginação de curta data, mas se de outro lado ele se apresentar no meio de muco, pode-se pensar numa invaginação mais antiga.

Por frequentes que sejam as evacuações muco-sanguinolentas especialmente nas crianças, ha contudo casos em que elas faltam; em vista disso, a ausencia desse sinal, mesmo possuindo importancia patognomonica, não exclue em absoluto a possibilidade da invaginação. De outro lado, ha casos em que as evacuações sanguinolentas se apresentam tão tardias que dificultam até certo ponto o diagnostico.

*Continua*

**HEXAMYO** — iodeto em gotas

## A radioterapia associada ao iodo na micose pulmonar \*

**Dr. Mario Finocchiaro**

*Radiologista da Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Urbanos e Oficiais. — Radiologista Credenciado do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários.*

O nosso caso de micose pulmonar possui o duplo interesse: radiológico e fisiológico, daí a razão para expormos logo em seguida certas relações importantíssimas dizendo respeito ao diagnostico da tísica pulmonar pelos raios X.

Sabemos que à tisiologia o exame radiológico do estado pulmonar é imprescindível. Este precisa o diagnóstico e orienta a terapeutica. Entretanto, devemos não nos esquecer que as reações do tecido pulmonar não se inscrevem no filme, não são específicas.

O exito no diagnostico etiologico apoia-se portanto, num jogo de probabilidades.

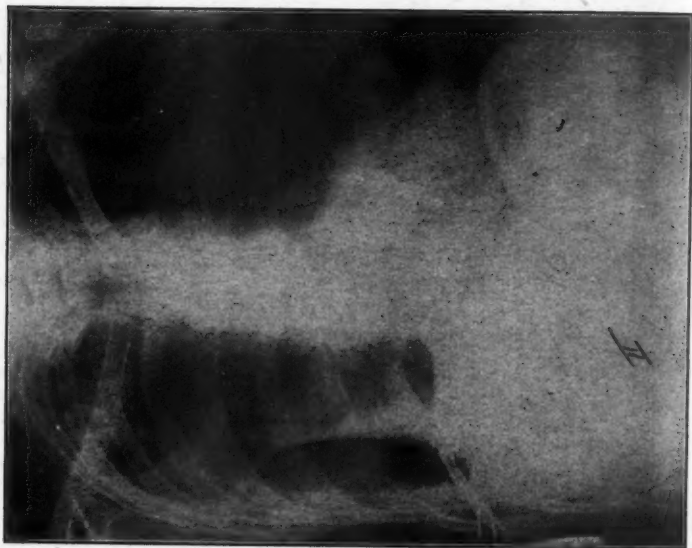
Perguntamos: quem ousará dizer-se capaz de distinguir sem errar e com constancia um aspeto de siderose pulmonar e um de tuberculose miliar?

Ouçamos a respeito um dos maiores mestres da radiologia: Herbert Assmann. Assim em seu livro: Diagnostico roentgenologico das molestias internas (1936) pag. 37 encontramos: a exploração radiológica possui extraordinaria importancia no diagnostico da tuberculose pulmonar, tanto em seus periodos avançados como nos iniciais, pois proporciona dados seguros sobre a topografia e a extensão do processo patologico, representando claramente as relações anatomicas do mesmo, como não o pode fazer nenhum outro metodo de exploração.

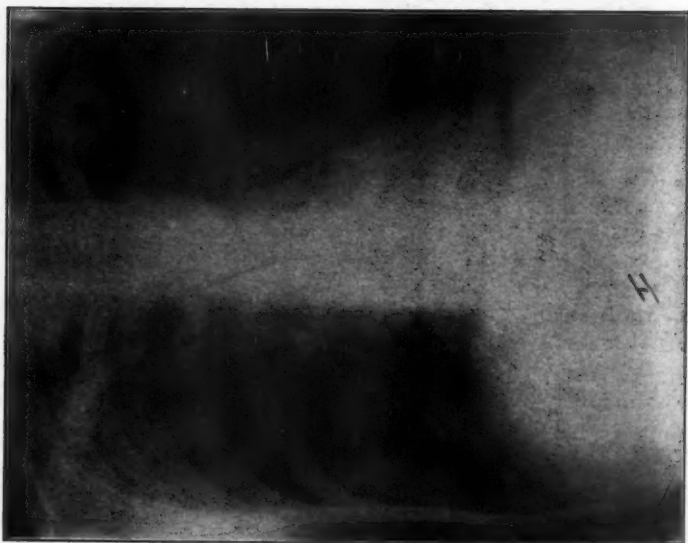
O alto valor do metodo radiológico não deve, sem duvida, diminuir de modo algum o valor concedido aos demais metodos de exploração; ao contrario, para emitir um juizo seguro e completo sobre cada caso particular, cremos indispensavel recorrer a todos os processos de exploração e, em primeiro lugar à pratica cuidadosa e repetida da auscultação, da percussão, ao exame de escarro e à obtenção da temperatura; o descuido de um destes recursos constitue uma falta grave.

Schinz, Graschey, Kohlmann, Neumann, Alexander, Chaoul, autoridades das mais conspicuas são de igual opinião.

\* \* \*



Filme n.º 2



Filme n.º 1



O caso que apresentamos refere-se ao doente A. Bianco de 39 anos de idade, com estado geral mais ou menos conservado, sem anemia pronunciada.

A anamnese remota não relevou estadios progressos predisponentes ou familiares, nem habitos de vida propícios à afecção micótica.

O enfermo nos contou que em Junho de 1941 teve calafrios, febre, suores noturnos e às vezes escarros hemoptoicos com pouca tosse.



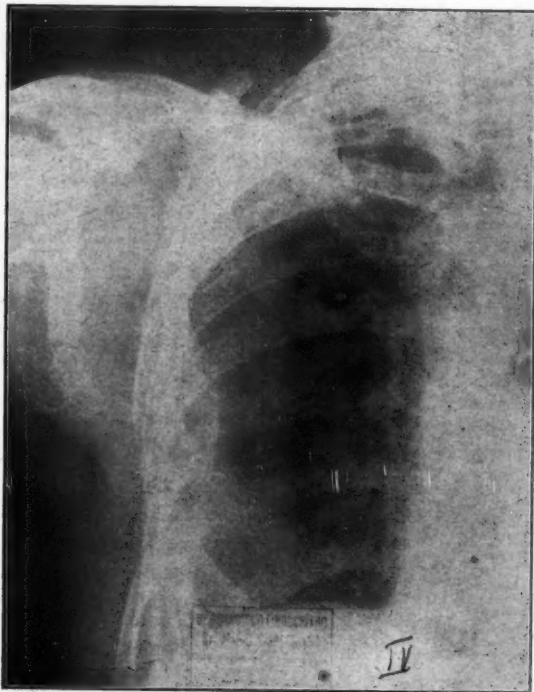
Filme n.º 3

Foi então enviado pelo seu clinico a um medico-radiologista. O filme obtido e datado com 14-7-41 mostra: um infiltrado subclavicular à direita, espessamento hilar bilateral e acentuação da trama conjuntivo-vascular. (Ver filme numero 1).

Em seguida submeteu-se ao tratamento pelo pneumotorax durante tres mezes. Como não obtivesse melhoras procurou outro clinico que diagnosticou pleuriz, indicando a costotomia, realisada em outubro de 1941.



Como apoz a intervenção permanecesse um trajeto fistuloso (ver cliché n.º 2), na parede toracica inferior direita, procurou-nos afim de sujeitar-se ao tratamento pela radio-terapia-iodada (metodo quimio-fisio-terapico). Este consistiu na introdução no foco doente de solução iodoiodurada a 1 % e na immediata irradiação roentgen com doses apropriadas, isto é, inversamente proporcionais à agudeza do syndrome inflamatorio.



Filme n.º 4

Surpreendeu-nos a cura rapida da fistula sob controle radiografico (ver clichés III e IV) donde a indicação de um exame bacteriologico do escarro, praticado pelo Dr. Sylvio Costa Boock em 5-7-4, e, positivo para a identificação de cogumelo (genero Candida).

Instituímos então sob os cuidados clinicos do Francisco Finocchiario, iodo por via parenteral (formula de Durante), iodo bucal e radioterapia direta de 1/3 superior do campo pulmonar direito, numa dose total de 270 r.

O doente teve alta em 5-8-942.

Endereço: Rua Wenceslau Braz, 22

## Ileo por obstrução causado por *Ascaris lumbricoides* \*

**Dr. Milton Lopes**

*Pediatra em Ponta Grossa, Paraná*

### CONSIDERAÇÕES GERAIS

Entre os parasitos intestinais do Reino Animal, os que mais comumente atacam o homem, são sem duvida os Helmintos e entre estes os Nematodios.

Na classe dos Nematodios, encontramos aqueles que evoluem sem hospedador intermediario e os que evoluem com hospedador intermediario.

Dentre os que evoluem sem hospedador intermediario, encontramos os que evoluem com fases alternadas de vida livre sexuada e de vida parasitária assexuada e os que evoluem com fase larvar penetrando passivamente no hospedador.

E' nesta ultima classe que encontramos dois tipos diferentes: um com ciclo pulmonar e outro sem ciclo pulmonar.

E' entre os Nematodios de fase larvar livre, com ciclo evolutivo pulmonar, que encontramos as superfamilias: Strongiloidae, trichuroides e ascarioidea.

Na superfamilia das ascarioidea encontramos duas familias: heteroelidae e ascaridae, nesta ultima, encontramos duas sub-familia: ascarinae e ascaridinae.

E' na sub-familia das ascarinae que vamos encontrar entre outros o genero *Ascaris* e neste genero a espécie "*Ascaris lumbricoides*" a que se refere o nosso trabalho.

\* \* \*

A questão das parasitoses ou mais restritamente, das helmintoses e não das verminoses, uma vez que o velho ramo dos vermes creado por Lineu, não encontra mais guarida na sistematica moderna, é entre os problemas da medicina dos que mais tem sofrido oscilações.

\* Trabalho apresentado em reunião do dia 2-4-1942 do Centro Médico Dr. Eurico Branco Ribeiro.

A crença popular fez dos helmintos os responsáveis por quase toda, senão toda, a patologia infantil, a ponto de transformar este conceito em lei.

A medicina, que não possuía ainda uma pediatria emancipada sancionou comodamente essa lei.

Chegamos ao extremo de considerar doença de criança igual a helmintose (verminose naquele tempo).

Após este predomínio mais ou menos longo das helmintoses, veio a reação muito natural, porém essa, robusta por demais, levou-nos ao extremo oposto.

Erramos fragorosamente no passado.

De um piparote fizemos rolar por terra toda a hegemonia dos helmintos, hegemonia essa que nós mesmos havíamos falsamente construído.

Dessa queda vertiginosa, os helmintos foram banidos completamente da patologia infantil.

Nesta época, já a pediatria começava a ensaiar seus primeiros passos.

Hoje graças aos estudos concenciosos e baseados em observações e experimentações mais acuradas, conseguimos nos penitenciar do erros do passado.

Estão rehabilitados os helmintos e os seus foros patogênicos foram agora enquadrados nos seus devidos lugares.

Já nesta época o médico, e principalmente o pediatra, não sorri sarcásticamente com ar de mofa, quando uma mãe interroga sobre a responsabilidade dos helmintos na doença de seu filho, mas, também não diagnostica sistemática e impunemente as desastrosas e arcaicas verminoses.

O conceito antigo, de que a frequência das verminoses depende mais ou menos da cultura das populações, criou na mentalidade moderna a preocupação de cada vez mais associar a higiene social e assistência sanitária, de modo que o assunto é hoje considerado como um problema medico-social e não encarado apenas sob o ponto de vista científico.

A educação, os conselhos, a seleção associados à assistência, enfim todos os meios medicos, higienicos e sociais, vão sendo mobilizados, pouco a pouco, para a solução de problema tão vasto, e que afeta profundamente tanto a mortalidade como a vitalidade das nossas populações, não só rurais, como urbanas e principalmente as das cidades não servidas por instalação de agua e esgoto.

Dentre os helmintos, os que se acham mais disseminados e que atacam com mais frequência o homem, são os do genero Ascaris que são também os que atingem mais frequentemente a idade infantil.

Até bem pouco tempo, o lactente era considerado como livre da infestação por helmintos, no entanto, hoje está provado que isto é possível principalmente pelas lombrigas.

Gomes de Faria em estudos feitos no Rio de Janeiro encontrou *Ascaris lumbricoides* em crianças de 3 a 6 meses.

Nuno Guerner em Bernardo no Estado do Rio, encontrou em 813 crianças de 0 a 1 ano, 533 infestadas e portanto a percentagem astronômica de 77,6%; entre estes encontrou um caso de criança de 3 meses.

Bichoff encontrou 151 *ascaris* em uma criança de 12 meses.

Feitos estes ligeiros comentários que propriamente não estão enquadrados no assunto cuja referência passaremos a fazer, mas tem uma vasta relação com o problema em geral (visto como preocupa cada vez mais as autoridades sanitarias) faremos, em seguida, ligeiras considerações iniciais, para imediatamente relatar a observação de que tomámos incumbência.

Entre estenose e oclusão, ha apenas diferença de gráu e a oclusão pode bem ser a fase final de uma estenose inicial.

A denominação genérica da oclusão é "Ileo", e, só quando é consequencia de uma paralisia, passa a denominar-se Ileo paralítico.

#### OBSERVAÇÃO

O caso que vamos relatar, refere-se à menina V. G. brasileira, branca, com 4 anos de idade e que vinha de M. Mallet.

Fomos chamados com urgência para atender em conferência com o Dr. Russo e a pedido deste.

Os dados anamnésicos, informam: a doença começou com cefaléia intensa, que não cedia à medicação habitual, dores abdominais intensas, e muito gargarejo.

Não evacuava ha 4 dias, vomitava toda a alimentação e, após os clisteres que foram feitos eliminava apenas água que por duas vezes veio sanguinolenta.

Ao exame, encontramos a pacientinha completamente prostrada, em verdadeiro estado de choque e só reagindo, quando tocavamos a região abdominal para proceder aos exames.

Temperatura 39 graus, que, segundo informa a progenitora, se conserva ha tres dias embora tenha tido temperatura mais leve no inicio da doença.

Inicialmente, mandamos colocar gelo no ventre durante 24 horas, e, como medicação interna, antiespasmódicos.

Só depois deste periodo, pudemos examinar com relativa precisão o ventre da menina.

Este exame no entanto ainda se apresentou muito doloroso para a doente, apesar disso, conseguimos limitar dois tumores muito proximos, do tamanho de bolas de ping-pong, situados na região iliaca esquerda.

O resto do ventre, tódo tenso apresentava meteorismo intenso.

O exame tornou-se tão doloroso que a menina teve um desmaio durante o mesmo.

Nesse momento pudemos observar bem os dois tumores acima descritos.

Os vômitos nesta ocasião eram incoercíveis e a evacuação de liquido sanguinolento se tornava cada vez mais intensa.

Diante do caso em questão, a sinceridade manda que se diga, a única medida viável que se nos apresentou no momento foi a de pedir o auxílio de um cirurgião.

No início, a idéia de peritonite por infecção tífica nos surgiu como única solução, e em favor disso falavam a temperatura e os vômitos.

No entanto a violência e o prazo mais ou menos curto para que se desencadeassem manifestações tão alarmantes (5 dias) nos fizeram sentir a necessidade de outra hipótese.

A presença dos tumores forçava-nos a pensar em outras causas.

Estenose, megacolon, espasmo, tuberculose, enfim todas as causas possíveis de produzir tais estados passaram por nossa mente.

A anamnese e os dados obtidos, embora todos confusos, nos faziam, aos poucos pensar no caso geral-obstrução.

Resolvemos, quase por intuição, dar uma empola de Peristaltina que possuíamos, associada ao Cardiasol.



Fotografia da doentinha ao lado de um vidro contendo as Ascaris

O efeito dessa medicação foi, pode-se dizer, quasi funesto, mas a orientação que nos deu foi tão decisiva para a vida da criança, que chegámos a nos rejubilar pelo sofrimento que teve a nossa pequena doente.

Durante mais ou menos 40 minutos o peristaltismo intestinal acompanhado de dores foi tão intenso, que tivemos nada menos de 3 desmaios acompanhados naturalmente de outras tantas empolas de tonificar-diacos.

Ao fim desse sofrimento brutal, a paciente expediou 3 *Ascaris lumbricoides* pelo anus, e em seguida, com diminuição das dores e das contrações intestinais, caiu em sonolencia profunda durante mais ou menos dez minutos.

Durante dez horas, deixamos a doente em repouso absoluto e como medicação indicámos apenas uma injeção de Coramina.

Após este período de descanso, prescrevemos 4 gotas de óleo de quenopodio que foram dadas de uma só vez.

Uma hora depois, como não houvesse nem ao menos náuseas, fizemos meia empola de Peristaltina com óleo canforado.

Dentro de pouco, as cólicas e o peristaltismo intestinal instalaram-se com alguma violência, mas, antes que pudessem produzir manifestações idênticas às da primeira injeção, um movimento mais brusco fez-se notar e grandes quantidades de gases foram eliminados, com alguns vermes do tipo já referido.

Nova contração, trouxe a primeira leva de helmintos em novelo de volume de uma bola de ping-pong e contando aproximadamente 80 ascaris.

Passaram as contrações e a criança dormiu.

Retiramo-nos então, para voltar mais tarde, não sem antes prescrever uma empola de óleo canforado.

Quando voltámos uma surpresa nos esperava, encontrámos já no vidro, a quantidade de ascaris que se poderá imaginar pela fotografia que apresentamos.

A avó da criança, contou 830 helmintos, afora alguns que por destruídos e macerados não puderam ser contados.

Entre esses, havia alguns totalmente verdes tendo no interior bile ainda sem sofrer a transformação intestinal, motivo porque se pôde julgar que haviam invadido o colédoco.

Após isto, a doente passou a eliminar, ainda por alguns dias varios helmintos e entrou em franco período de cura, de modo que, em 15 dias voltava, para casa levando apenas a medicação ferruginosa e de extrato hepático indicada em tais casos.

Convém lembrar, antes de finalizar e apenas como comentário à parte, que a progenitora de nossa doentinha, ao referir a história, frisou que em Mallet havia atritado com o medico, porque lhe perguntou se não eram as bichas as responsaveis pela doença da filha.

Não comentamos este fato, com a progenitora da criança mas colocamos em reserva a narração, uma vez que naquele momento nem por sombra poderíamos pensar em um caso de ascarirose produzindo tal quadro.

No entanto, como observámos no inicio deste trabalho, hoje já o medico, e principalmente o pediatra, não pode e nem deve em hipótese alguma levar em tom de chacota as observações da "entourage" e principalmente quando elas fazem parte da anamnese, com referência aos parasitos intestinais.

Desejamos frisar antes de dar fim ao trabalho, que ele não foi trazido à luz como um caso excepcional, mas com o desejo único de comentar fatos que, às vezes, colocam em cheque a argúcia do médico, pelo modo como se apresentam.

Residência: Ponta Grossa — Paraná

**HEXAMYNO — IODETO EM GOTAS**





**PUREZA E EFICÁCIA**



BALSOFORME  
CLOROFÓRMIO SPÉCIA  
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA  
KELENE GERAL



SCUROCAINE  
KELENE LOCAL  
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA: **Rhodia** C. POSTAL 2916 - S. PAULO



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,  
EM 4 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. A. D. Franco do Amaral

**Primeiro caso de moléstia de Chagas (forma aguda) no município de Araçatuba, Estado de São Paulo** — Prof. S. B. Pessoa e Dr. F. Vilela — Em trabalho anterior, um de nós (S. B. Pessoa — Ensaio sobre a distribuição geográfica de algumas endemias parasitárias no Estado de São Paulo — Arquivos de Higiene, dezembro, 1941) fez notar a predominância de casos da moléstia de Chagas nas chamadas zonas velhas do Estado de São Paulo, onde são comuns as casas de pau-a-pique barreadas, com alta densidade de triatomas. “Na zona pioneira esta parasitose ainda não apareceu; seu nascimento se dará quando, devastadas as matas, as madeiras se encarecerem e a pobreza dos habitantes não permitir a alvenaria”. (S. B. Pessoa loc. cit.).

A observação que agora vamos sumariar vem confirmar aquelas de um de nós.

Com efeito, Araçatuba fica situada ainda na zona nova ou pioneira; sua fundação, porém, já data de mais de 30 anos, e as frequentes derrubadas trazem como resultado a escassez de madeira e o aparecimento de cafús de pau-a-pique barreadas. Este é o primeiro caso que conhecemos da moléstia na zona referida, em que ainda predominam as casas de táboas, impróprias para a criação de triatomas. Trata-se de A. Z., solteiro, com 18 anos, masculino, branco, brasileiro, lavrador e residindo em Macaúbas, no Município de Araçatuba. Reside há 4 anos em casa barreada, onde existe grande número de “barbeiros”. Homem forte e sadio, sua história é a comum dos casos da tripanosomose americana. Há cerca de um mês, ao levantar-se, notou forte edema mono-ocular (olho esquerdo); o edema não é doloroso e interessa mais a palpebra superior.



Laboratório de HORMOTHÈRAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

**Hormândrico**

(Estimulante da masculinidade)

*Sêro hormônico masculino activado  
com extractos de testículos.***Hormogino**

(Estimulante da feminilidade)

*Sêro hormônico feminino activado com  
extracto de ovário.*

Não notamos secreção catarral ou purulenta; lacrimeja um pouco. O exame clínico nada revelou de anormal, porém, nota-se o enfartamento dos gânglios pre-auriculares, cervicais e supra-claviculares. Não estava febril. O exame do sangue periférico (6 lâminas) revelou-se positivo para Trypanosoma cruzi.

Recebemos também os triatomas apanhados em sua residência que determinamos como sendo Triatoma infestans. Dos 7 exemplares que recebemos, 6 estavam mortos e o único vivo, após dissecação, mostrou alto grau de infecção pelo T. cruzi.

Pensamos ser interessante o relato d'este novo caso de moléstia de Chagas, principalmente porque é o primeiro a ser trazido, a público, na zona, denominada, pelos nossos geógrafos, pioneira ou zona nova, estando, porém, ainda aqui a moléstia estreitamente ligada ao tipo primitivo de habitação feita de barro.

**Anopheles (Nyssorhynchus) konderi**, nova espécie de *Anopheles* do vale do Amazonas (Diptera, Culicidae) — Drs. A. L. Ayrosa Galvão e R. G. Damascena — Os autores descreveram um novo anofelino do complexo tarsimaculatus, *Anopheles* (Nyssorhynchus) konderi n. sp., que é caracterizado por ter o mesósoma, terminália masculina, fracamente quitinizado, com o ápice curto, sua altura sendo cerca da metade da largura, e com esboço de espinhos nos seus ângulos laterais, e com as expansões saindo do meio das hastes laterais. Este mesósoma é completamente diferente da espécie mais próxima, que é o A. oswaldoi Peryassú, 1922, cujo ápice é muito alto e cujas expansões preapicais são intensamente quitinizadas. Os lobos fundidos das pincetas apresentam a placa preapical fortemente quitinizada e semi-circular, bem como os lóbulos basais mostram pêlos longos, grossos e erectos como em oswaldoi. Igualmente a marcação do adulto, quetotaxia da pupa e larva, bem como o aspecto dos

ovos são muito semelhantes nestas duas espécies.

A localidade tipo é Coari, à margem direita do Solimões, Estado do Amazonas. Como localidades adicionais são assinaladas Manaus, Amazonas, Rio Branco, Acre e Pereira Barreto, Estado de São Paulo.

**Contribuição para o estudo dos Flebótomos de São Paulo** — Drs. M. Pereira Barreto e J. O. Coutinho — Os AA. descrevem o macho de *P. basispinosus* n. sp., capturado com armadilha de Shannon e luz, em São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. Esta espécie apresenta os seguintes caracteres: Índice palpal: 1,4

(2,3) 5. Índice alar:  $\frac{\alpha}{\beta} = 1,57$ ;  $\gamma$

menor que  $\delta$ .

Descrevem também o alótipo fêmeo de *P. ayrozai* Barreto e Coutinho, 1940 capturado, em cópula, com armadilha luminosa, em Una. Seus caracteres são: Índice palpal:

1,4, 5,2 2,3. Índice alar:  $\frac{\alpha}{\beta} = 2,67$ ;  $\gamma$  menor que  $\delta$ .

**Da infecção natural, pela plasmódiose malárica do Anopheles (Kerteszia) cruzi D.-K., 1908** — Dr. Renato R. Corrêa — Em uma região florestal e montanhosa onde se nota numerosa e luxuriante flora de bromélias arborícolas e que compreende um dos setores da nova rodovia em construção, denominada "Via Anchieta", a qual une as cidades de São Paulo e Santos, justamente entre as cotas altimétricas 200 e 500 foi verificada a incidência de 2 espécies de anofelinos: O A. (K.) cruzi D.-K. 1908 e o A. (A.) eiseni Coq. 1902. A última foi assinalada unicamente na sua fase de larvas.

Atingiu a 202 o número de exemplares adultos de A. cruzi capturados com isca humana, tanto na intimidade das matas como na periferia das casas. Na cota altimétrica 400, no interior da mata que dista 50 metros de um acampamento no qual se verificaram

casos primitivos autóctones de malária e de onde se isolaram portadores de gametócitos foram capturados 125 exemplares desse anofelino tendo sido dissecados 75, havendo 3 se apresentado naturalmente infetados com *Plasmodium* sp. Os 3 mostraram oocistos no estômago e um deles ainda acusou esporozoítos nas glândulas salivares. As investigações levadas a efeito são ainda de caráter preliminar e requerem estudos complementares. Entretanto, desde que o *A. cruzi* se apresentou com uma incidência exclusiva na fase alada, dentre os demais representantes da fauna anofelinica e foi capturado naturalmente infetado nas condições já expostas, nos autorisa, confirmando as suposições de diversos Autores que trabalharam no assunto, a considerá-lo como o vetor autóctone de malária na zona pesquisada.

Comentários: — Dr. Airoza Galvão: Peço a palavra para elogiar este trabalho, que acho de grande valor principalmente levando-se em conta que a *Kerteszia* foi perseguida por tanto tempo, por vários pesquisadores. Assim felicito o *A.*, pelo brilho dos seus resultados. Desejo saber entretanto, se nas pesquisas que fez, encontrou alguma vez as *Kerteszas* dentro de casa.

Dr. Renato Corrêa: Não as encontrei dentro de casa, mas frequentemente as apanhei à porta das habitações.

Dr. Airoza Galvão: Em quantas capturas foram apanhadas as *Kerteszas* e qual foi o tempo de duração de cada captura?

Dr. Renato Corrêa: Apanhamos 125 espécimens, em 2 vezes, tendo durado a captura, em média, 3 horas.

Dr. Airoza Galvão: Assim sendo, devemos considerar que a densidade é bastante alta.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Qual a distância entre a mata e os domicílios?

Dr. Renato Corrêa: A mata fica em média a 30 metros de distância. Cumpre notar que as *Kertes-*

zas se abrigam nas matas. Assim sendo, a mata se transforma em seu verdadeiro ninho, pois em outros pontos pelos arredores do acampamento, em 35 capturas, não as encontramos nenhuma vez. É interessante notar também que em Guarujá, a sua densidade é também relativamente pequena.

**Descrição de uma nova sub-espécie de Anofelino do sub-gênero *Nyssorhynchus* Blanchard, 1902 — (Diptera, Culicidae) — Drs. Renato R. Corrêa e Alberto S. Ramos —** Descrição — *Anopheles* (*Nyssorhynchus*) *albitarsis* sub-espécie imperfecta n. subsp.

Cabeça — Probóscida uniformemente castanha; palpos um pouco mais curtos do que a probóscida; 1.º segmento recoberto de escamas castanho-escuras, extremidades com algumas escamas brancas; 2.º segmento com escamas castanho-escuras, ápices brancos; 3.º segmento castanho, porção apical branca; 4.º segmento muito descamado, com raras escamas castanho-escuras.

Clípeo — nú, de coloração cinzenta.

Antenas — toros com pequenas escamas brancas, segmento dos flagelos mais longos que largos, recobertos de escamas claras na face externa, com longas cerdas filiformes principalmente nas junções.

Vértex — com escamas brancas espatuladas e escamas longas cerdiformes, projetando-se para a frente.

Ocípito — com pequenas escamas claras com grande número, algumas lanceoladas, outras com o ápice truncado.

Tórax — lobos protorácicos nus de coloração castanha.

Mesonoto — danificado na porção ântero-esquerda, revestido de escamas amareladas, algumas deitadas e outras eretas, notando-se ainda a presença de longas cerdas castanhas disseminadas, mais numerosas na porção posterior. Tegumento do mesonoto acinzentado com três linhas estreitas longitudinais mais escuras, que não atin-

gem o escutelo, e três manchas escuras, duas arredondadas mediano-marginais simétricas e uma outra alongada existente na porção central do pré-escutelo.

Escutelo — simples, revestido de numerosas cerdas longas e castanhas e escamas mais claras que as do mesonoto, algumas lanceoladas e outras longas truncadas no ápice.

A porção lateral do tórax apresenta uma coloração geral castanha.

Pronoto posterior — desprovido de cerdas e escamas.

Propleura com longas cerdas castanhas.

Esternopleura: com escamas brancas e negras onde se implantam as cerdas pré-alares que devem ter caído, pois ainda se observam sinais de suas inserções; cerdas esternopleurais médias presentes, entremeadas de escamas brancas.

Mesoepimero — apresentando as cerdas mesoepimerais superiores e algumas escamas brancas nessa região.

Meso-mero-coxa — nú, de configuração triangular.

A parte posterior do tórax, o metanoto, não possui cerdas nem escamas.

Asas — uma das asas foi retirada e montada em bálsamo.

Comprimento das asas: 4,5 mm.; recobertas de escamas amareladas e escuras.

B. 1 e B 2 grandes, esta bem maior que a mancha negra pré-humeral que a precede na porção basal e ultrapassando a T. h.

B. 3 ausente.

M. 1 e M. 2 ausentes; M. 3 vistigial; Sc. ausente.

Impossível determinar a presença ou não da Ap. porquanto a asa se encontra muito descamada nessa região.

Subcosta toda escura.

Radial-tronco — com grande mancha branca basal e outra menor nas proximidades da Rs.

R. 1 com duas pequenas manchas, uma na parte basal e outra na mediana.

Rádio-setor com predominância de negro com escamas brancas na bifurcação.

R. 2 toda negra.

R. 3 branca com duas manchas negras, uma basal e outra sub-apical.

R. 4 + 5 branca, com duas manchas negras distais.

Mediana-tronco — entremeadas de escamas brancas e pretas, ponto de bifurcação negro.

M. 1 + 2 negra com pequena mancha branca central. M. 3 porção basal branca; o restante, negro.

Cubital-tronco — branca com  $\frac{1}{4}$  de negro na porção pré-bifurcante.

Cu. 1 — com quatro pequenas manchas negras, três mais basais e uma apical.

Cu. 2 — com escamas pretas e brancas entremeadas e nítidas mancha negra no ápice.

An. 2 — branca, com duas manchas pretas subdistais.

Para a denominação das manchas claras da costa utilizamos a nomenclatura de Root e para as das nervuras a de Comstock.

Patas — uma das patas médias e uma das posteriores foram retiradas e montadas em bálsamo.

Coxas — de coloração acinzentada com escamas brancas e cerdas longas castanhas.

Troncâneres — curtos, com pequenas cerdas castanhas.

Fêmures anteriores — revestidos de escamas de coloração castanho-escura, exceto no terço apical que é de cor amarela clara.

Fêmures médios e posteriores — revestidos de escamas castanho-escuras apresentando no terço apical uma mancha de escamas claras. Parte interna de coloração amarelada.

Tíbias — revestidas de escamas castanho-escuras; ápice sofrendo pequena dilatação.

Tarsos anteriores — primeiro, segundo e terceiro com anel branco apical; quarto e quinto escuros.

Tarsos médios — primeiro, segundo e terceiro tarsos com anel apical de caráter vistigial; os demais escuros.

Tarsos posteriores — primeiro artigo inteiramente escuro; segundo artigo com área negra abrangendo 93,0% do segmento; terceiro artigo apresentando um anel basal que ocupa 31,0% de sua extensão. Quarto e quinto artigos inteiramente brancos.

Discussão — Dois são os anofelinos componentes do sub-gênero "Nyssorhynchus" que apresentam duas linhas de escamas brancas mais ou menos paralelas no primeiro esternito: "Anopheles albitarsis" Arribalzaga, 1878 e "Anopheles pessoai" Galvão e Lane, 1937.

A ausência de tufos pósterolaterais nos segundo e terceiro segmento abdominais e a cor amarelada das escamas do mesonoto e das asas, afasta de início a sub-espécie ora descrita de "pessoai".

Resta portanto o "albitarsis" do qual é muito afim, diferindo todavia pelas seguintes características morfológicas: presença de um anel negro basal no terceiro tarso posterior como se observa em "rondoni"; ausência da mancha Sc da Costa, o que se constata com frequência em exemplares de "triangulatus" (= "bachmani" dos AA.); ausência de escamas brancas nos últimos tergitos abdominais, sendo que se apresentam amareladas como em "argyritarsis".

Em virtude da presente descrição se basear apenas em um exemplar fêmeo, resolvemos considerá-lo como sub-espécie de "albitarsis" que é a espécie mais próxima.

Em caráter provisório, até que seja examinada a terminália do macho, colocamo-lo na fileira sub-gênica de "Nyssorhynchus", por

apresentar caracteres morfológicos que nos induzem a tal, isto é, manchas negras subdistais nas veias R.4+5 e An.2 e escamas nos tergitos abdominais.

Localidade tipo — O "Anopheles (Nyssorhynchus) albitarsis" sub-espécie "imperfectus" n. subsp. foi capturado com isca animal (cavalo), em Vera Cruz, Estado de São Paulo, pelo sr. Gabriel Rodrigues Ramalho, Técnico do Serviço de Profilaxia da Malária.

Holótipo fêmea na Coleção do Serviço de Profilaxia da Malária do Departamento da Saúde do Estado, sob o n.º 50.

Comentários: — Dr. Airoza Galvão: Desejo felicitar mais uma vez o meu ilustre colega e prezado amigo, dr. Renato, por este outro trabalho, com o qual colaborou o dr. Ramos. Quanto à nomenclatura, devo dizer que a Comissão de Malária da Repartição Sanitária Panamericana recomendou se usasse a designação de: "sub-espécie" em lugar de variedade. Quero lembrar aqui o trabalho de Davis que encontrou mais de um exemplar de "albitarsis" com um anel negro no 3.º ou 4.º tarsos posteriores, não fazendo entretanto referências nem à larva e nem à terminália. Desta maneira, é possível que tivesse escapado a Davis uma espécie nova. Eu recebi da Argentina, exemplares de "Albitarsis" tendo um dêles, marcação melanótica idêntica. Assim sendo, é interessante que existam pontos de referência na sistemática, dando nomes a tais formas, para que posteriormente, com o estudo da larva, pupa, ovos e terminália, se possa concluir se se trata de simples variação ou de espécie diferente.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Carlos Gama

O valor do exame oto-neurológico nas síndromes comocionais post-traumáticas à distância — Dr. J. E. Rezende Barbosa — O A. procurou demonstrar, baseado em

suas 25 observações, o que de útil poderá fornecer o exame oto-neurológico nos casos de neuroses post-traumáticas, ou melhor, no diagnóstico das manifestações co-



mocionais tardias, discretas, dos traumatizados do crânio.

Salientou que entre os numerosos e polimorfos sintomas que apresentam esses pacientes, dois dentre eles predominam: — a cefaléia e a vertigem. Estudou a cefaléia que foi o sintoma subjetivo mais comum entre todos os pacientes, nos quais variou de aspecto em 100%, mas todos eles apresentando um ponto comum: o repouso atenua e faz desaparecer a cefaléia.

Discute, em seguida, o diagnóstico diferencial da cefaléia.

Quanto ao sintoma vertigem, acusado em 20 dos 25 pacientes, foi descrito, de maneira a mais diversa, pelos diferentes pacientes, desde a vertigem giratória típica até à tendência à lipotímia. Trata, em seguida, o A. da definição e classificação dos diferentes tipos de vertigem.

Quanto à parte da sintomatologia objetiva é assinalado, o nistagmo espontâneo (em 3 casos) inclusive o de posição (ausente em todos), e, finalmente, são descritos os resultados da pesquisa instrumental dos sistemas vestibulares pela prova calórica e rotatória. Dos 25 pacientes em 16 as reações foram anormais: hipoexcitabilidade em 4; hiperexcitabilidade em 8; inexcitabilidade em 2 e reação pervertida em 3. Entretanto, o sintoma objetivo principal para o A., principalmente quanto ao valor do exame oto-neurológico para indicar um substratum orgânico à queixa do paciente, foi a determinação em 9 desses pacientes da "predominância unilateral do nistagmo provocado" ou a "diferença de tonus" (Vogel) entre ambos sistemas vestibulares.

Dos 25 indivíduos, em 16, não foi possível determinar-se a existência de fratura do crânio, ao passo que 9 deles a apresentavam.

Comentários: — Prof. Aderbal Tolosa: Nós ouvimos com muita atenção a interessantíssima comunicação do dr. J. E. Rezende Barbosa a cuja colaboração em clínica otológica o nosso serviço de

neurologia muito deve, pois, tem sido das mais preciosas a sua contribuição. É de fato importante este estudo dos traumatizados do crânio, do ponto de vista otológico, porque, muitas vezes, é um dos pontos básicos a ser pesquisado para se chegar a uma conclusão. São inúmeras as vezes que nos temos socorrido do dr. Rezende Barbosa e na maioria deles é o exame do aparelho vestibular o único que nos deixa satisfeito, dada a subjetividade dos outros sintomas de que os pacientes se queixam. Mas a-pesar-do seu maior esforço, para precisar, o mais possível, o conceito da vertigem, creio que o dr. Rezende Barbosa ainda não atingiu completamente o seu fim, pois, em muitos casos, não se a consegue separar mesmo da sensação de dor de cabeça. Acharmos muito interessante a classificação das vertigens em rotatória e tátil, só que não compreendemos bem esta última, porque o tacto parece que não influe muito na caracterização da vertigem. Um outro fato que eu quero lembrar ainda, é o que se passou com uma doente minha, que, após uma queda, teve forte otorragia seguida de um estado comocional, convulsões epiteliformes e que, ainda hoje, apresenta crises, raramente, mas bem nítidas, durante as quais tem a impressão que "os objetos diminuem de tamanho". São crises que duram poucos segundos. Pois bem, não sei se esta sensação pode ser incluída no capítulo vertigem.

Achei também interessante a proposta de aplicação da prova do nistagmo com o fito de se procurar argumentos da sinceridade dos pacientes, pois, frequentemente, estamos diante de acidentados, que são visivelmente sofredores e para os quais não há um meio de se provar se são ou não dignos de todo o amparo da lei. A prova do nistagmo seria portanto uma prova de grande interesse, desde que se verificasse a constância dos seus resultados.

Para terminar, em nome dos neurologistas, quero agradecer a



gentileza do dr. Rezende Barbosa, que hoje nos veio trazer um assunto tão interessante.

Dr. Carlos Gama: Antes de dar a palavra ao dr. Rezende Barbosa, para responder ao comentário do prof. Tolosa, em nome da Secção, desejo mostrar ao dr. Rezende Barbosa a nossa satisfação, por ter vindo trazer-nos a sua colaboração. Esperamos que esta oportunidade se repita, o que nos trará muita alegria.

Dr. J. E. Rezende Barbosa: Agradeço ao dr. Gama, e a todos os colegas a atenção, pois que este assunto é bastante árido. Espero no próximo ano, trazer a esta Secção mais algumas das conclusões de nosso aprendizado na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina.

Ao prof. Tolosa, agradeço sinceramente as suas observações. Quanto à parte da vertigem tátil, não é minha, pois foi tirada de Brunner. Talvez esteja mesmo errada, pois nesta prova entrou muito mais a sensibilidade profunda, a muscular do que a tátil. Quanto ao caso do prof. Tolosa, a queixa da paciente talvez não esteja ligada a uma vertigem verdadeira, pois, a lesão que está produzindo este sinal pode não estar localizada na via vestibular, mas sim serem petéquias próximas dos núcleos óculo-motores. Isto tudo é entretanto ainda muito vago, pois, mesmo a distinção entre

vertigem e cefaléia é muito difícil de ser verificada nos doentes traumatizados.

#### **Correlação entre os caracteres somato-psíquicos e a criminalidade**

— Dr. A. Teixeira Lima — O A. fez uma brilhante exposição sobre o assunto, encarando as várias escolas que se ocuparam do estudo sobre as origens da criminalidade. Analisou cuidadosamente os fatores internos e externos do ser humano, citando a propósito de hereditariedade tudo o que de mais novo e interessante existe sobre a questão, especialmente no que se relaciona à hereditariedade psíquica, ilustrando a conferência com vários exemplos sobre as relações entre essa e o crime. Abordou depois os fatores mesológicos da formação da personalidade as disposições temperamentais, principalmente encaradas do ponto de vista bio-psicológico, para, afinal, concluir que não há tendências criminais específicas e, por conseguinte, depender a natureza do crime diretamente dos atributos da personalidade e só indiretamente da estrutura disposicional. Seria assim o crime como que uma síntese ou quasi um símbolo vivo da personalidade do delinquente da mesma forma que a obra de arte o é com relação à personalidade do artista, o que dá ao crime, como diz Ferri, os caracteres de um produto bio-social.

### **SECÇÃO DE CIRURGIA EM 10 DE NOVEMBRO**

Presidente: Prof. José Maria de Freitas

**Lesões traumáticas dos nervos periféricos** — Prof. Eurico da Silva Bastos — O assunto é muito importante, especialmente em tempo de guerra; devendo-se considerar as lesões dos nervos periféricos como das mais frequentes ao contrário do que se observa em tempos normais, em que tais ferimentos são, realmente, muitos raros. Apenas possuem alguma casuística os serviços de traumatologia ou de cirurgia industrial. A experiên-

cia do assunto é proveniente da primeira guerra mundial durante a qual se observaram vários milhares de casos. A observação dos resultados obtidos e a cirurgia experimental permitiram uma renovação completa dos conhecimentos no que se refere a patologia a técnica operatória e ao tratamento posoperatório.

Estudando a fisiopatologia, o autor refere as diferentes maneiras de lesões dos nervos periféricos e

adianta que uma sucinta revisão do tema esclarece que são sempre determinados nervos os atingidos. Ocupa o primeiro lugar o nervo radial, seguindo-se o mediano, o cubital e o ciático em seu tronco ou em um dos seus ramos terminais: peroneiro e tibial. Muito depois, em ordem de frequência, se encontram o plexo braquial, o nervo femural, o músculo-cutâneo e finalmente todos os demais nervos periféricos que, esporadicamente, podem ser atingidos pelos ferimentos de guerra. Analisa depois, do ponto de vista anatômico, as múltiplas variedades de ferimentos: completos, parciais, primitivos, secundários, centrais, periféricos, nítidos contusos, inclusões de corpos estranhos etc.

Prosseguindo o autor estuda a maneira pela qual se processa a restauração nervosa analisando as teorias dualista e unicista da regeneração nervosa. Entra em seguida, na questão da sintomatologia, mostrando os sintomas e sinais de lesão dos nervos traumatizados, demorando-se sobretudo no exame das lesões mais encontradas. Mostra as dificuldades de diagnóstico e as maneiras de superá-las. Encarece que no campo da cirurgia de guerra tem particular interesse a indicação operatória, o tempo em que se deve intervir, a técnica a empregar e o prognóstico. Devem ser conhecidos estes fatos, para que o médico, na frente de combate, pense sempre na possibilidade de ferimento de nervo, indicando oportunamente a sua sutura em um caso determinado ou realizando-a, pessoalmente, outras vezes. Finalmente é de extraordinária importância o tratamento posoperatório de uma sutura nervosa, porquanto, como é sabido, os resultados só se evidenciam na maioria dos casos, meses ou anos depois.

O autor revê os sinais de paralisia de cada um dos nervos anteriormente referidos de que depende a certeza da lesão do nervo e a consequente indicação operatória. A questão da indicação operatória não se separa da do tem-

po oportuno para intervir. Refere que é sempre necessário um certo tempo de observação para se poder verificar de maneira incontestável uma lesão orgânica de um nervo. De um modo geral o tempo de espera entre o ferimento e a intervenção é de 4 meses. Esse período presuppõe, entretanto, uma cicatrização do ferimento sem complicações. Quando ocorre uma supuração este período é consideravelmente dilatado. Um período mais dilatado após o ferimento é aconselhável porque a experiência ensina que, muitas vezes, uma lesão nervosa se cura com o tratamento conservador e também que, nem sempre, é possível, no começo, decidir se se trata de uma lesão completa ou apenas parcial de um dado nervo. Este espaço de tempo de espera deve ser utilizado para o tratamento adequado das contraturas, para o tratamento dos músculos atrofiados com massagens, aplicações quentes etc.

Não havendo melhora dentro de alguns meses, o tratamento cirúrgico é sempre indicado e necessário. A indicação cirúrgica nos ferimentos dos nervos periféricos obedece portanto ao seguinte critério:

1.º) Tratamento primário das lesões, nos casos de ferimentos por instrumentos cortantes. Sutura imediata dos cotos com pontos separados em coroa.

2.º) Tratamento protelado das lesões, nos casos suspeitos de contaminação, como sucede em geral com os ferimentos por armas de fogo ou estilhaços, no tempo de guerra. A intervenção só deverá ser feita quando estiver terminada a cicatrização da ferida. Depois desta cicatrização é aconselhável esperar ainda cerca de 2 meses antes de fazer a libertação dos cotos. Deve-se sempre ter presente que as intervenções sobre os nervos não requerem pressa. Ocorrendo a infecção na região da sutura, os resultados desta são muito problemáticos e uma outra sutura, posterior, dos cotos nervosos após nova dissociação das extre-

midades nervosas é, na maioria dos casos destinada a um fracasso.

3.º) As condições da extremidade atingida devem ser tais que garantam bons resultados para a intervenção sobre o nervo. Quando existem contraturas e anquiloses irreparáveis a sutura mais cuidadosa não poderá modificar o prognósticos reservado.

Depois o autor estuda a técnica operatória, chamando a atenção para a necessidade de uma completa revisão das técnicas operatórias aconselhadas nos vários livros, inclusive tratados, dos mais manuseados, de técnica cirúrgica. Operações propostas sem o conhecimento da fisiopatologia dos nervos periféricos. Refere as técnicas que usou, demora-se na descrição dos vários tempos da operação e cita as técnicas, ainda em fase experimental, da união dos cotos nervosos com substância plástica. Antes de terminar expõe a sua ca-

suística, constando dos seguintes casos: radial: 2 casos; cubital: 5 casos; mediano: 2 casos; ciático: 1 caso; femural: 1 caso e lesão do plexo braquial: 1 caso.

Todos os casos foram bem documentados com exames durante um período de tempo bastante prolongado, mostrando os bons resultados obtidos com a cirurgia.

Comentários — Prof. José Maria de Freitas: Eu me felicito pela escolha do nome do prof Eurico Bastos para esplanar este tema de cirurgia de guerra, pois, embora a sua experiência no assunto não seja muito grande, a sua observação detalhada e o estudo cuidadoso dos pacientes por ele tratados é uma alta credencial ao seu trabalho. Evidentemente, estamos ainda muito longe de reunir 80.000 casos, como o fizeram os alemães na guerra passada e queira Deus, possamos estar sempre longe desta grande casuística.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro

**Sulfanilamidoterapia e suas aplicações em dermatologia** — Prof. Quintino Mingoja — O A. julga fazer cousa mais útil para o auditório, detendo-se em particular sobre a parte química e farmacológica das sulfanilamidas em vez de falar sobre as aplicações terapêuticas, sobejamente conhecidas pelos médicos. Fixa a nomenclatura química exata de todos os compostos derivados da sulfanilamida, mostrando as diferenças estruturais entre os diferentes compostos e evidenciando as modificações na atividade quimioterápica anti-bacteriana em consequência dos grupos substituintes e da posição destes grupos no esqueleto fundamental sulfanilamídico.

Depois de ter mostrado as relações entre estrutura química e atividade antibacteriana, o A. fala dos outros compostos sulfurados mas não sulfamídicos, quimioterapeuticamente ativos porém tóxicos e

em particular dos derivados sulfônicos. Depois de ter lembrado os diversos estudos químicos realizados para diminuir a toxidez das sulfonas, mantendo intacta a atividade quimioterápica, o diamínodifenilsulfona e as numerosas patentes já pedidas por vários laboratórios estrangeiros sobre novos derivados sulfônicos.

Devido aos bons resultados conseguidos com o "Promin" também no tratamento da malária, o A., recentemente incumbido oficialmente pelo Serviço de Saúde do Exército (Ministério da Guerra) para estudos sobre antimaláricos sintéticos, comunicou já ter sintetizado, nestes meses, numerosos derivados sulfônicos, até agora desconhecidos na literatura e cujos ensaios quimioterápicos parecem ser bastante animadores.

Embora os derivados da sulfanilamida e da difenilsulfona preparados em poucos anos já se con-

tam aos milhares o A. julga que há ainda muito campo aberto para a pesquisa e que a quimioterapia

antibacteriana poderá fornecer, para o futuro, armas cada vez mais eficientes e aperfeiçoadas.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Renato Leite de Moraes

**Otites ignoradas** — Dr. Vicente Batista — O A. discorre sobre as relações que existem entre nutrição, imunidade e infecção. Estuda as chamadas infecções parenterais e a gravidade crescente da reação gastro-intestinal, quanto mais desnutrido está o organismo. Faz uma síntese fisio-patológica das infecções das vias aéreas superiores do lactente, pormenorizando o ataque ao ouvido médio. Discute o problema das otites latentes, que diz serem antes ignoradas do que propriamente latentes. Considera as relações da oto-antrite com a toxicose, demonstrando as dificuldades em se reconhecer o que é primário ou secundário no grave distúrbio. Reconhece como grande progresso terapêutico as intervenções operatórias no ouvido médio e no antro. Finalmente, critica os exageros de certos autores, que pretendem resolver o complexíssimo problema da toxicose com o conceito localista da otite latente.

**Comentários:** — Dr. Francisco Hartung: Peço a atenção dos colegas, para algumas idéias, que me sinto na obrigação moral de externar neste momento. Em homenagem às relações de amizade que mantenho com o dr. Vicente Batista e também como um preito ao seu prestígio científico, faço alguns comentários em torno da otite latente. Inicialmente, devo dizer que nunca emiti opinião pessoal alguma contra os ilustres pediatras de São Paulo, pois, além do respeito científico, que voto a todos, seria uma desalegância que não costumo tomar. Assim sendo, devo refutar que o meu ataque é um ataque de ordem geral, contra a otologia em geral e também contra os pediatras em geral, pois que este capítulo da patologia pediá-

trica e otológica continua em débito entre nós, ante os últimos progressos da ciência médica mundial. Sobre isto não resta a mínima dúvida.

Em primeiro lugar, há dois modos pelo qual este problema é encarado: a escola alemã de um lado e a escola francesa e americana de outro. Pois bem, no momento presente sou obrigado a ressaltar que os alemães em matéria de otologia infantil positivamente não podem comparar os seus resultados com os resultados obtidos pelos ingleses, franceses e americanos. Quem compulsa a literatura alemã, chega à conclusão de que, infelizmente em matéria de otologia infantil, se continuarmos a prestigiar a medicina alemã como em outros capítulos da pediatria, estaremos muito atrasados. Acho que, no momento presente, a otologia infantil está por uma razão qualquer impulsionada pela escola francesa e americana, enquanto nos países alemães, as discussões continuam em torno dos casos nas mesas de autópsia, como discussões puramente acadêmicas, sem aplicação prática. Peço portanto ao dr. Gomes de Matos que transmita estas minhas palavras ao dr. Vicente Batista, pois esta é a minha opinião e creio que é exata e se assim for com ela serão corrigidos muitos erros dos pediatras e dos otologistas.

**A rinite atrofica fétida na infância** — Dr. Ernesto Moreira — O A. faz referências à etiopatogenia da ozeana, dando ligeiras noções sobre a matéria. Refere-se à idade do aparecimento da ozena e da sua frequência em relação ao sexo e à raça. Alguns AA. acreditam na ozena congênita, enquan-

to outros discordam, sendo que um terceiro grupo, considera uma doença excepcional antes dos 6 anos de idade. Chama a atenção dos colegas, para as intervenções em crianças portadoras de rinite crônica atribuída às vegetações adenóides e amígdalas, sem mais acurado exame do especialista. Menciona vários casos de ozena em crianças após a extirpação de adenóides e amígdalas, que foram naturalmente precipitadas pela imtempésta cirurgia. Discorda que seja a ozena uma moléstia da puberdade. No seu modo de entender e pela sua longa experiência acha que é, de fato, neste período da vida, que o doente procura o especialista, mas a moléstia já acompanha o paciente na maioria das vezes há vários anos e só nesta idade o especialista a constata. Quanto ao sexo, a sua apreciável estatística, concorda com as estrangeiras, porém observa que a ozena é mais frequente na mulher, muito possivelmente, porque esta cuida mais de sua higiene do que o homem, sendo portanto esse argumento ponderável para a sua conclusão, consoante suas observações. A raça, constitui um capítulo bem desenvolvido do trabalho, pois rebate uma asserção dos autores estrangeiros, que afirmam ser a ozena muito rara no Brasil, porque o nosso país tem uma população constituída de 3/4 partes de pretos. Com um estudo bem documentado, prova que, presentemente não vai além de 8 % a população negra entre nós e que a proporção de ozenosos entre nós, está mais ou menos na mesma em relação a vários países europeus. Comenta também a questão da profissão, pois há entre nós a crença de que as pessoas que têm convívio íntimo com cães, possam adquirir mais facilmente a ozena. Cerca de 80 pessoas, cujo trabalho impunha a convivência permanente com estes animais, foram examinadas e em nenhuma delas foi verificada a presença da moléstia.

Estuda a seguir o capítulo curioso dos contágios, referindo-se a casos seus, observados num pe-

ríodo de 20 anos, assim como a de autores estrangeiros, que, após inúmeras pesquisas, feitas durante 2 anos, não conseguiram transmitir ou reproduzir a ozena de homens para os animais e nem de homem a homem, chegando à conclusão que não se trata de uma moléstia contagiosa.

Foi também aventada a questão das glândulas endócrinas como responsáveis pela ozena, tendo para isso o A. realizado em grande número de doentes, a prova do metabolismo básico, visando naturalmente a tireóide, tendo chegado à conclusão de que nenhuma responsabilidade tem esta glândula na eclosão do mal. Como contribuição ao tratamento endocrínico com relação a outras glândulas, foram usadas diversas substâncias estrogênicas, com relativa compensação para os doentes.

As vitaminas, foram também responsabilizadas pelo aparecimento do mal. Na Alemanha foi este assunto estudado com minúcias, e o tratamento aplicado a uma série de pacientes, foi de resultado precário. Não se trata portanto de uma avitaminose, como pensavam os AA.

O diagnóstico diferencial a ozena genuína e a rinite atrófica simples, foi também explanado, não só pelo exame local como pela radiografia, que constitui hoje um meio precioso para a indicação terapêutica.

A bacteriologia foi cuidadosamente estudada e não encontrou elemento capaz de convencer do papel patogênico essencial das bactérias isoladas, não havendo portanto um germe responsável pela doença. A intercorrência da ozena e outras moléstias nasais foi notada e apresenta um caso curioso de rinite atrófica fétida e leishmaniose.

Finalmente, refere-se ao tratamento da ozena genuína, que pode ser médico ou cirúrgico, sendo este último incontestavelmente o que satisfaz. Os resultados obtidos têm sido animadores de modo que considera os seus esforços não



baldados. Restituir êstes doentes à sociedade, já representa uma vitória.

**Comentários:** — Dr. Francisco Hartung: Peço um instante só da atenção da Casa, para aproveitar a oportunidade de prestar uma homenagem ao dr. Moreira pelo grande merecimento do seu trabalho sobre a ozena. O problema da ozena, é um problema bastante complexo, não se limitando a ser apenas um problema unicamente nasal mas sim um problema da patologia geral, bastante difícil para se armar a sua respectiva equação. Assim sendo, os cuidados higiênicos e gerais, talvez sejam muito mais benéficos aos ozenosos do que propriamente as medidas terapêuticas.

O dr. Moreira dedicou 20 anos de sua existência, ao árduo estudo da cirurgia da ozena. Fomos testemunhas dêste seu grande labor e dêste seu desprendimento incansável que ficaram concretizados no seu magistral livro sobre a rinite fétida atrófica. Há necessidade de muito desinteresse e de muito amor à medicina para se expor aos caprichos de defender a causa dos ozenosos. Além do mais, o reflexo moral e social desta cirurgia é enorme mas a sua dificuldade é tamanha, que só um médico verdadeiramente digno dêste nome, cheio de desprendimento, é capaz de se dedicar de corpo e alma aos infelizes ozenosos. Com estas palavras eu desejo deixar aqui a minha homenagem ao dr. Moreira ante a fina flôr da Pediatria de São Paulo.

#### SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE NOVEMBRO

**Presidente:** Dr. Paulo Sais

**Púrpura hemorrágica post-amigdalite aguda** — Dr. Silvio Ognibene — O A. expõe um caso de eclosão de púrpura após uma amigdalite aguda, acompanhada de reumatismo, fato êste verificado, duas vezes num intervalo de 5 anos. Como os tratados de Otorrinolaringologia nem sequer citam a púrpura como complicação das amigdalites, esta observação, levou o A. a trazê-la à presença dos colegas.

Depois de dissertar sobre a púrpura, sua classificação, etiologia, evolução e tratamento, tratando com mais detalhes da púrpura reumatismal, aborda então o tema das complicações focais, em que a amígdala, tem papel importante no reumatismo, chegando a conclusão, que o caso apresentado, pode ser classificado como um caso de púrpura infecciosa secundária, sendo esta a sequência provável: angina lacunar — púrpuras — reumatismo.

**Comentários:** — Dr. Roberto Oliva: Apreciei bastante a descri-

ção clínica feita do caso. Parece-me, entretanto, que, se clinicamente o diagnóstico foi bem feito, o mesmo não se dá em relação ao quadro hematológico apresentado, que foi completamente diverso daquele que se observa em casos de púrpura hemorrágica verdadeira. Assim, na púrpura hemorrágica verdadeira, há uma hiperleucocitose com neutrofilia e principalmente trombopenia e tempo de sangria muito aumentado. Todos os A.A. estão de acordo em que na púrpura hemorrágica, êste quadro está sempre presente. Isto posto, parece-me que êste quadro não se superpõe ao que nos apresentou o dr. Ognibene. Trata-se, na verdade, de um quadro de púrpura, mas não de púrpura verdadeira. Entretanto, gostaria que o dr. Ognibene me informasse se se pode dispensar o quadro hematológico para êste diagnóstico.

Dr. Davi Fernandes: Segundo Darier, a púrpura hemorrágica é uma púrpura secundária a uma série de moléstias infecciosas, e,



ainda mais, quando é secundária à amigdalite, é um sintoma benigno. No entanto na escarlatina, na endocardite, e em outros casos, deve ser considerado como um sintoma de malignidade.

A púrpura simples, pode tornar-se púrpura hemorrágica, mas a púrpura hemorrágica, constitue uma verdadeira púrpura hemorrágica, pois não apresenta os sintomas típicos desta afecção. Tenho, a propósito, conhecimento de um caso de um individuo já idoso, que foi, durante algum tempo, tratado como sendo angina de Vincent. Fazendo cultura, esta deu positiva para difteria, mas, no fim de contas este individuo apresentava apenas uma púrpura simples.

Dr. Enio D'Aló Salerno: O caso do dr. Ognibene, deve ser classificado clinicamente como um caso de metalergia, ou seja, choque antigeno + anti-corpo provocado pela amigdalite, sendo neste caso, a púrpura considerada como uma moléstia alérgica. Trata-se portanto de um caso de metalergia, pois o choque antigeno + anti-corpo foi provocado por um outro fator, que é o foco amigdalino.

Dr. Paulo Sais: Em nome da Secção, agradeço o trabalho. A discussão que provocou mostra o grande interesse despertado. De minha parte, em vista da discussão surgida compreendi que o ponto de vista do dr. Ognibene, era o de púrpura hemorrágica, enquadrando-se como consequência de uma moléstia infecciosa. No Hospital do Isolamento, acompanhei diversos casos destes, com sintomas de púrpura hemorrágica, portanto. O caso presente é um caso raro e eu, até hoje, nunca tive ocasião de ver uma púrpura hemorrágica como consequência de uma amigdalite aguda.

A púrpura hemorrágica essencial apresenta um quadro hematológico característico. Entretanto, não é este o caso do dr. Ognibene, pois como ele mesmo diz não se trata de um quadro de púrpura essencial, mas sim de púrpura secundária a uma amigdalite.

Dr. Silvio Ognibene: De fato, reconheço que eu li um pouco depressa o meu trabalho e daí, creio, as diversas dúvidas que surgiram. O que é fato, é o seguinte: quando se fala em púrpura, já se subentende que se trata de uma púrpura hemorrágica. Sempre que aparecem manchas de sangue pelo corpo, trata-se de púrpura desde que esta mancha não desapareça pela pressão do dedo. A classificação das púrpuras, é muito difícil de ser feita e muitos AA. (Darier entre eles), ante a complexidade do assunto, deixa de classificá-lo.

Quanto às púrpuras não primitivas e não trombopênicas, cumpre notar, que algumas púrpuras secundárias, podem ser trombopênicas, ou não.

Aliás, não esperava que este trabalho fosse despertar tanto a atenção dos colegas, por se tratar mais de um tema de dermatologia do que de otorrinolaringologia. Foi por isso que fiz a sua leitura um tanto apressadamente suscitando então algumas dúvidas.

Dr. Roberto Oliva: Eu acho, que a púrpura hemorrágica é uma entidade que tem um quadro hemático característico conforme já disse antes. Fora disso, não há púrpura hemorrágica, mas apenas púrpura.

Dr. Silvio Ognibene: Há uma controvérsia que eu não quis discutir, pois constitue mais um tema de dermatologia: é a questão da classificação da púrpura. Creio que isto não é um tema para se debater em uma reunião de otorrinolaringologista. Quando falei em púrpura hemorrágica, eu me referi às púrpuras em geral e não à púrpura de Werlhof. Depois de toda esta discussão acabo achando que o nome do trabalho é impróprio, pois deveria ser: "Púrpuras post-amigdalite aguda".

**Polipos de Killian** — Drs. Gustavo dos Reis e Antônio P. Corrêa: Os AA. apresentam 7 casos de polipos antro-côanais ou polipos de Killian, em individuos de 12 (2), 13, 15, 16, 17 e 21 anos, sendo 2 dêles do sexo feminino. Em todos

os casos foi feita a operação radical de Caldwell-Luc, que, segundo observaram, é bem tolerada e sem inconvenientes nas crianças, desde que não se façam ressecções ósseas exageradas.

Depois de fazerem considerações a respeito da frequência, etiopatogenia, sintomatologia, diagnóstico e tratamento da afecção, citando opiniões de diversos autores, concluem o seu trabalho da seguinte maneira:

1.º — O polipo de Killian é afecção rara, tanto em adultos, como em crianças. Caracteriza-se por ser único, unilateral e apresentar inserção num dos antros da face, mais comumente o maxilar.

2.º — Pode passar despercebido algumas vezes, em consequência de exames incompletos, sendo passível de confusão, mormente quando pequeno e ainda não coanal, com os polipos mucosos comuns.

3.º — A implantação do seu pedículo pode verificar-se em qualquer ponto da cavidade sinusal, sendo mais frequente, porém, no recesso alveolar.

4.º — Segundo a maioria dos autores, a gênese desse polipo é atribuída às inflamações pouco intensas da mucosa dos antros, isto é, às sinusites catarrais edematosas.

O processo inflamatório, geralmente localizado, dá formação a um pequeno polipo cístico, com conteúdo líquido amarelo-citrino, que, pelo desenvolvimento, ocupa toda a cavidade sinusal, daí passando, através de um dos óstios, para a fossa nasal.

6.º — A sintomatologia é nula ou quasi, na fase intra-sinusal. Quando na fase nasal ou nasocoanal, a obstrução de uma ou de ambas as fossas é o principal sintoma. Como consequência, às vezes, pode haver sensação de peso na fronte, zumbidos e hipoacusia.

7.º — A diafanoscopia parece não ter valor para o diagnóstico, visto como, em todos os casos referidos, havia transparência normal dos seios para-nasais.

58)

8.º — A punção diameática e a radiografia são meios diagnósticos mais seguros. A radiografia simples, na maioria das vezes, é suficiente para pôr em evidência as alterações do antro correspondente, não sendo necessário recorrer a meios de contraste.

9.º — O tratamento tem que ser radical, para trepanação do antro em causa e desinserção do pedículo, fazendo-se a retirada de toda a mucosa sinusal doente. A simples extração do polipo por arrancamento, além de ser perigosa, não impede as recidivas.

**O ouvido interno e os traumatismos cranianos** — Dr. J. E. Rezende Barbosa — Ver Secção de Neurops., pag. . .

Comentários: — Dr. Angelo Mazza: Antes de mais nada, desejo elogiar o dr. Rezende Barbosa, pela maneira invulgar com que acaba de relatar os seus casos, todos eles, muito interessantes. Com este trabalho, demonstrou que é um verdadeiro perito em questões de oto-neurologia.

Alguns dos seus casos, são constituídos por indivíduos portadores de síndrome comocional, post-traumática evidente, que não admitem contestação nenhuma, em vista da pleiade de sintomas e sinais patentes que apresentam. Outros, porém, são comocionados com repercussão labirintica a distância, indivíduos estes, que apresentam distúrbios mais de ordem psíquica, sem nenhum sinal objetivo. São doentes confusos, no descriminar os sintomas, parecendo à primeira vista, antes simuladores do que enfermos. E' por este motivo, que eu acho louvável a intensão do dr. Rezende Barbosa, em divulgar o sinal de Vogel (predominância do nistagmo unilateral à prova calorica). Este seria assim, o único elemento objetivo dentro daquêlê emaranhado de sintomas desconexos, relatados por estes pacientes. Seria uma espécie de táboa de

salvação para o diagnóstico de "repercussão labirintica" do traumatismo.

Dr. Paulo Sais: Não vou fazer nenhum comentário de ordem técnica, porque o dr. Rezende Barbosa, com a sua autoridade de maior oto-neurologista de nosso

meio, já demonstrou a sua grande experiência neste assunto, esgotando-o completamente. Além disso, o dr. Mazza, já fez um belo comentário a respeito, enaltecendo o valor do trabalho. Só me resta portanto agradecer-lô em nome da mesa.

## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 26 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. José Ramos Júnior

**A clínica médica nos Estados Unidos** — Dr. A. Ulhôa Cintra: O A. expôs a rotina de trabalho nos serviços de clínica médica de hospitais ligados a universidades, nos Estados Unidos, procurando mostrar as principais características de organização que permitem atender, ao mesmo tempo, às necessidades de assistência aos doentes, do ensino e da pesquisa científica. Destaca o papel do médico residente, analisando suas atribuições e a significação desse cargo no futuro profissional do médico.

Refere-se, particularmente, aos benefícios auferidos à custa do espírito de colaboração e do trabalho em conjunto, os quais são verdadeiro atestado da elevação a que atingiu o padrão de vida médica americana.

Ressalta, no setor da investigação científica, o fato de clínicos estarem habilitados a trabalhar em assuntos de laboratório ligados à especialização a que se dedicam, tendo, assim, ampliados os horizontes de suas possibilidades como cientistas.

Analisa aspectos do ensino de clínica, acentuando o espírito de treinamento e a objetividade como traços fundamentais, podendo testemunhar o alto grau de eficiência resultante dessa orientação.

Comentários: — Dr. Luís Carlos Borba: O dr. Ulhôa Cintra não se referiu ao problema da terapêutica. Desejava saber o modo como ela é feita nos Estados Unidos.

Dr. Ulhôa Cintra: De um modo geral, a terapêutica medicamentosa

é bastante limitada, pois os americanos não usam drogas, cuja ação não seja bem conhecida. Mesmo em Hospitais ricos, o número de preparados do formulário de medicina interna vai não muito além de 60, porque os demais eram considerados como desnecessários. As vitaminas, por exemplo, são largamente usadas, mas não como media terapêutica específica, e sim, prevenindo uma possível carência orgânica, causada pela moléstia. Assim, eles administram cuidadosamente vitaminas a um cardíaco, por exemplo, porque acham que pela sua própria doença, em virtude de distúrbios circulatórios, podem surgir distúrbios metabólicos, que causem uma carência. A cirrose hepática, também é tratada como uma doença de carência, porque em geral ela é devida ao álcool, que causou fatalmente alguma carência alimentar, visto como substituiu alimentos na quota calórica diária. Nos cirróticos, eles fazem o indivíduo ingerir cerca de 200 grs. de albumina por dia, o que é uma quantidade enorme. Além disso, administram fermentos, na quantidade de 50 grs. por dia. E o fato é que com esta superalimentação em pouco tempo muitos doentes apresentam melhoras acentuadas. Para os americanos, uma das principais preocupações terapêuticas, reside na nutrição dos doentes.

Dr. Ariovaldo de Carvalho: Os americanos usam a digitalis na mesma dosagem usada no Brasil?

Dr. Ulhôa Cintra: As doses nem sempre são altas. Eles procuram

tirar das drogas, tudo o que elas podem dar, mas de um modo geral, elles são bem mais comedidos do que se pensa. Como disse, a nutrição dos doentes é a sua maior preocupação.

Dr. José Ramos Júnior: Desejo algumas informações sobre o ensino médico. Quando o professor está demonstrando um caso clínico, entra em detalhes sobre patologia ou fica apenas no terreno clínico prático?

Dr. Ulhôa Cintra: Os alunos estudam a fisiopatologia juntamente com a clinica. Além disso, o aluno vê e realiza um grande número de experiências sobre as várias questões de patologia que são de interesse para a clinica, de modo que assim, ele entende com muito mais facilidade a parte clinica. Há nas

escolas medicas americanas, grande numero de aparelhos, modelos, etc., que explicam claramente aos estudantes como se dá o funcionamento dos varios departamentos da economia humana. O estudo é muito objetivo e a propedêutica é ensinada juntamente com a clinica, assim como a terapêutica e os ensinamentos de laboratório.

Dr. José Ramos Júnior: Devemos procurar adaptar estas normas ao nosso meio, porém o difficil é a questão da uniformização, que é problema que deve ser discutido para que possamos adotá-lo entre nós. Em nosso meio científico, há sempre muita discussão histórica, sem interesse prático, sem objetivação do fato concreto, o que desanima muito os que querem aprender.

## SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 6 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. José Rosemberg

**A vacinação BCG. em São Paulo, parte clinica** — Dr. B. Pedral Sampaio — O A., depois de tecer considerações em torno das idéias admitidas, atualmente, sobre o conceito de imunidade, no que diz respeito à tuberculose, que se traduz por uma resistência às super-infecções, mostra que o êxito de qualquer método imunitário empregado contra a tuberculose deve derivar do emprêgo de germen vivo. Foi o desdobramento de tais conhecimentos que levou Calmette e Guérin a criar o BCG — um germen avirulento, inofensivo, capaz de criar resistência as super-infecções.

Refere-se, em seguida, à série de provas e experimentações a que tem sido submetido o BCG, através das quais ficou patenteada a inocuidade, o poder imunitário, e a incapacidade de readquirir a virulência primitiva.

Mostra as razões por que se deve premunir, independentemente da existência de antecedentes ou de contágio conhecidos. Estuda em seguida a allergia tuberculínica e mostra a importância do perfeito

conhecimento da curva alérgica em premunidos e em indivíduos infectados, o que facilitará ao médico, principalmente, ao pediatra e ao pedo-tisiatra, a interpretação de sinais clínicos e de imagens radiológicas. Essa passagem leva o A. a se referir à allergia infra-tuberculínica, estudo relativamente recente, que encontra nova confirmação no homem, em certos indivíduos premunidos pelo BCG.

Na segunda parte da palestra, o A. relata os trabalhos realizados pelo "Serviço de BCG", que é uma dependência da Secção de Tuberculose, do Departamento de Saúde do Estado. A premunicação pelo BCG é feita, em São Paulo, unicamente por via oral e são empregadas 3 doses de 0,03 de bacilos em dias alternados, para os recém-nascidos; e uma só dose de 0,20 de bacilos, para os indivíduos que têm mais de 20 dias.

Diz que a imunização pelo BCG vem sendo feita com regularidade, em São Paulo, desde 1929; que desde essa data a 1934 haviam sido feitas 2449 premunições. Em

1934 o "Serviço" foi entregue ao A. e daí por diante tem sido a seguinte a progressão: 1934 — 624; 1935 — 1420; 1936 — 1432; 1937 — 1768; 1938 — 2131; 1939 — 3447; 1940 — 3852; 1941 — 3454; 1942 (até 30 de setembro) — 3572.

Dá, em seguida, sua impressão sobre o aproveitamento das crianças premunidas que resistem a contágios maciços, nas piores condições de alimentação e habitação.

Descreve os cuidados que são dados aos candidatos à premunicação e aos premunidos o que permite que sejam acompanhados pelo exame radiológico, por provas de alergia e por exames de laboratório repetidos. Não foi verificado óbito algum por tuberculose entre os premunidos, com contágio conhecido.

Há pessoas que registram em suas fichas 22 provas de alergia, 14 exames radiológicos e 8 revacinações.

O A., conclue, dizendo que a premunicação pelo BCG repousa em bases científicas, que está de acôrdo com nossas concepções atuais a respeito da tuberculose e que é medida fundamental na luta contra a tuberculose, com eficiência provada por 22 anos de execução.

**Premunicação pelo BCG em São Paulo** — Dr. Roberto Brandi: O A. descreve a organização geral dos Serviços do Laboratório de BCG da Secção de Tuberculose do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo. Diz que o serviço de premunicação pelo BCG, de São Paulo, não dispunha, até pouco tempo, de um conjunto em que todo trabalho de vacinação fosse realizado harmonicamente. Assim é que a vacina era preparada no Instituto de Butantan e enviada ao Ambulatório de BCG, sem que fosse possível restabelecer-se um contacto íntimo entre a secção de Laboratório e o Ambulatório.

Verdade é que uma tentativa de organização de um serviço completo foi realizada e mesmo vitoriosa por algum tempo: o serviço estabelecido pelo dr. Eduardo Vaz,

Diretor do Instituto Pinheiros, na Liga Paulista contra a Tuberculose em 1935. Passa, em revista, às atividades do laboratório de BCG de São Paulo, atividades essas que caracterizam qualquer laboratório de BCG organizado em moldes honestos, dignos da missão altamente profícua que é a da premunicação pelo processo de Calmette.

Comentários: — Dr. Plínio Martins Rodrigues: Desejava dizer alguma coisa a respeito da eficiência da vacina, com o fito exclusivo de contribuir para o esclarecimento da questão entre nós. Não tenho intenção de fazer crítica aos propugnadores do método. Naturalmente declarações desse gênero são de regra, supérfluas em reuniões de sociedades científicas. No entanto o caráter de campanha profilática que traz a vacinação BCG justifica a exceção que ora faço, pedindo aos presentes seja considerada a crítica dos resultados da mesma como uma contribuição para estabelecer a verdade científica a respeito.

Quer-me parecer que quanto à eficiência do BCG, o que deve ser esclarecido é se o grau de imunização que a vacina confere é ou não suficiente para lhe garantir valor prático. Explico-me. E' sabido que, falando de maneira geral, qualquer vacina constituída de bacilos da tuberculose é capaz de conferir, aos animais de experiência, um certo grau de proteção contra superinfecções virulentas com o B. de Koch. Essa proteção é comprovada pelo fato de em geral, os animais imunizados sobreviverem um intervalo de tempo mais ou menos longo aos animais testemunhas não vacinados, após terem sido ambos os grupos simultaneamente infetados com germens vivos. E' sabido também que bacilos vivos protegem melhor que vacina morta e que, entre as vacinas vivas, protegem mais as que são preparadas com germens virulentos que as constituídas de germens atenuados.



Torna-se claro, portanto, que, em relação a qualquer vacina contra a tuberculose, o que interessa não é saber se ela protege, mas, sim, indagar até que ponto vai o seu poder protetor, qual é o seu valor na prática da imunização em massa. Nêsse particular é que talvez a questão exija um exame mais profundo.

A competência para discutir o assunto passa, em parte, das mãos do médico e sanitarista para a do técnico em estatística. E' sabido o pouco valor a que ficaram reduzido os numerosos e trabalhosos dados coligidos por Calmette, depois da crítica estatística a que foram submetidos. A dificuldade para apurar a eficácia de qualquer arma terapêutica, quando empregada em massa, é bem conhecida de todos. Em relação à difteria, por exemplo, o argumento tantas vezes citado da baixa da mortalidade por esta toxi-infecção no meio da população em geral, após a introdução do sôro específico curativo, tem sido outras tantas vezes rebatido, com a demonstração do fato que a curva da mortalidade da difteria mostrava oscilações periódicas, mesmo antes da introdução do sôro antidiftérico.

Reproduzindo conceito já bem conhecido dos especialistas e que tive oportunidade de ouvir, também, de Lemos Torres, diria que não é mais possível hoje provar com dados o efeito do sôro antidiftérico. A oportunidade para tal já passou, pois hoje, não é mais lícito ao médico lançar mão do único processo capaz de trazer uma prova rigorosa nêsse sentido, a saber o emprêgo de um agente terapêutico em um grupo de pacientes, ao mesmo tempo que grupo não submetido a tratamento serve de testemunho. Foi o processo que permitiu comprovar o efeito moderado mas certo do sôro antipneumocócico.

Em relação ao BCG, a maior parte das estatísticas até hoje publicadas tem um valor muito

escasso, devido a graves e numerosos erros praticados, já exaustivamente examinados pela crítica em quasi todos os países de cultura científica. Duas das melhores estatísticas que conheço a respeito se referem a trabalhos realizados no Canadá e nos Estados Unidos. Os resultados de ambas são favoráveis à eficiência do BCG, como arma de combate à tuberculose. São, no entanto, trabalhos recentemente publicados que necessitam ainda passar pelo cadinho da crítica pelos competentes. Aliás os próprios autores do trabalho realizado nos Estados Unidos são os primeiros a não considerar os seus resultados como concludentes. Tal opinião expressa claramente dá uma idéia do valor crítico dos experimentadores em questão, pois quem ler o trabalho e dispensar considerações de ordem estatística extranhará certamente a reserva manifestada, tão significativa é, aparentemente, a diferença a favor do grupo vacinado no que se refere à tuberculose.

Penso agora, poder tornar claro o intuito já manifestado ao iniciar minhas palavras. Pretendi e pretendo, com o comentário feito, colaborar com os incansáveis dirigentes da tão meritória campanha do BCG entre nós, para que os dados relativos à vacinação sejam coligidos e criticados segundo as regras frias e imparciais da técnica estatística, com a esperança de que se possa, em breves anos, contar com algarismos mais exatos, que venham trazer prova mais segura da eficiência da vacina na prática da imunização em massa. Tal esperança é autorizada pelo fato de que, se os dados já existentes a favor da vacina não tem valor probante cabal são, pelo menos, como diriam os anglo-saxões, "sugestivos, sinão mesmo fortemente sugestivos", de sua eficiência.

Dr. Espírito Santo: Minhas impressões a respeito do trabalho que acabo de ouvir, são magníficas. Fiquei mesmo envaidecido, por saber que, em São Paulo, existe um serviço de natureza profilática verda-



deiramente moderno e cientificamente orientado. Eu me recordo, quando, há 15 anos, na antiga Sociedade Paulista de Higiene, fiz uma conferência sobre "Assistência à infância e tuberculose", tendo chegado à conclusão de que entre os primeiros cuidados à infância se deve evitar o contágio através dos fatores que possam predispor a criança à infecção tuberculosa e entre estes, principalmente, estão o sarampo e a coqueluche. Fico agora impressionado, como em 15 anos, o problema da profilaxia da tuberculose evoluiu em São Paulo de maneira tão apreciável e eloquente. Naquela época o BCG era olhado ainda com reservas...

Ouvi com muita atenção as palavras do meu ilustre colega, dr. Plínio Rodrigues, que me antecedeu nos comentários. Suas impressões são dignas de acatamento e os seus argumentos, em sua maioria, são lógicos e procedentes. Tenho entretanto a impressão de que um controle mais amplo entre nós, é muito difícil, no presente, mas quero acreditar que com a repetição das imunizações, o BCG veio trazer uma importante contribuição na profilaxia da tuberculose. Sou mesmo um entusiasta desta questão e a tenho estudado com bastante carinho dada a minha responsabilidade de diretor clínico de um hospital de crianças, onde frequentemente me vejo a braços com crianças nos mais variados graus e formas de tuberculose, até mesmo tuberculose evolutiva de tipos mais comuns em adultos. Portanto, esta questão me interessa vivamente, tanto como profissional da medicina, na pediatria, como também do ponto de vista social e científico.

É interessante que esta Secção continue a trazer a plenário problemas de tão grande importância, que permitam estas considerações, por parte dos vários especialistas, de modo, que no fim, se possa ter uma média das investigações e resultados obtidos por todos. Na

Inglaterra, quem sabe se é possível dispensar-se a profilaxia da tuberculose pelo BCG pois lá existe um maior controle dos contagiantes, que são melhor afastados dos meios que vivem as crianças, além de outras medidas de caráter sanitário, dado seu padrão mais elevado, talvez. Acho entretanto que, para nós, que estamos medicossocialmente mais atrasados, o BCG e seu controle constante, é um problema que interessa profundamente à profilaxia da tuberculose, ainda epidêmica entre nós.

Para terminar, quero pedir ao dr. Pedral Sampaio, que leve este seu trabalho à Secção de Pediatria, onde tenho a certeza de que será ouvido com muito agrado e interesse.

Dr. José Rosemberg: Como responsável por grande parte da vacinação BCG realizada em São José dos Campos, pela ação direta na propaganda que, a respeito, vem fazendo a Mesa de Tisiologia e pelas diversas atitudes que tomei até hoje em defesa desse método de preservação antituberculosa tão difundido no Brasil, graças à gigantesca obra do meu mestre Arlindo de Assis, sinto-me na obrigação de entrar na discussão, razão porque passo a presidência ao sr. secretário. Inicialmente, direi que concordo com o dr. Plínio Rodrigues, isto é, que os dados estatísticos devem ser tomados com cuidado. Mas é preciso dizer que a era dos métodos estatísticos para o BCG já passou. Hoje as observações se dirigem, preferentemente, aos grupos familiares em que todas as condições sociais, de contário, etc., são as mesmas para os indivíduos vacinados. Ninguém poderá acoiar de pouco rigorosas as experiências realizadas em Nova York por William Park, Kerezsturi e Mishulow, realizadas com pequeno grupo de crianças, todas nascidas de mães tuberculosas, em hospitais, e regularmente controladas, conservando um número igual de testemunhos não vacinados. Outra experiência não menos rigorosa é a de

Dannenberg, em Filadelfia. Ainda, do mesmo tipo, podemos considerar a experiência de Walgreen em Gothemburg. Nessas três experiências realizadas com pequeno número de crianças, onde absolutamente não existem os erros apontados nas estatísticas de grandes grupos, o número de adoecimentos e mortalidade por tuberculose foi muito menor nos vacinados que nos não calmetizados. Mas, como dizíamos, o mais importante são as observações intra-familiares, que valem por verdadeiras experiências de laboratório. Trata-se da investigação clínica sistemática em famílias onde existe contágio permanente de bacíferos e onde convivem absolutamente nas mesmas condições, crianças vacinadas e não vacinadas. Dêsse tipo são as investigações de Alvimar de Carvalho, Sayé, Chaussinand, etc. Em todos esses casos os resultados se mostram nitidamente satisfatórios nas crianças preservadas em relação às não premunidas. Em várias ocasiões já expusemos os resultados por nós obtidos na Estância Climática de São José dos Campos, tanto na becegeização de crianças como de misteres de grande exposição ao adultos que das zonas rurais vinham à cidade se empregar em contágio. Enquanto a morbidade e mortalidade por tuberculose (formas graves de rápida evolução, primárias, meningites, etc.) foi notável nos não premunidos, elas foram praticamente nulas nos indivíduos vacinados.

Respondo à objeção, hoje, aqui feita, que é a mesma já externada uma vez por Walgreen, de que se se pode aceitar o papel protetor do BCG, os resultados tardios, por outro lado, não deverão ser animadores, porque, dentro dos conhecimentos imunobiológicos da tuberculose, não parece provável que possa haver alguma proteção específica para a tísica terciária. Na refutação desse argumento já me ocupei, há tempos no meu relatório à 1.ª Conferência Regional de Tuberculose do Rio de Janeiro. Hoje, basta acrescentar que, em

França, Weill-Hallé, já publicou os seus resultados tardios, também como Sayé, de crianças, que vacinadas no nascimento, já estão sendo acompanhadas até 15 e 18 anos, até a adolescência portanto, quando maior é a incidência da tuberculose. Examinado uma centena de indivíduos da mesma idade vacinados e não vacinados, constataram nos vacinados 1,8% de tuberculose gânglio-pulmonar provavelmente ativa, contra 6,3% nos não vacinados. O complexo primário nunca foi visto nos vacinados não expostos à contágio conhecidos, enquanto foi encontrado em 11,6% dos não vacinados, em meio aparentemente são. As imagens de tuberculose ativa, nodulares, parenquimatosas ou de esclerose localizada foram observadas em 7,2% dos premunidos e 37,2% dos não vacinados.

Respondendo a outra objeção há pouco externada relativa à falta de alergia, ou alergia fraca a transitória verificada nos becegeizados, isso longe de constituir uma desvantagem é antes um benefício. Dia a dia se juntam as provas de que a alergia (hipersensibilidade) é antes prejudicial do que protetora. Além disso verifica-se cada vez mais, que alergia e imunidade são fenômenos diferentes, de modo que pode desaparecer a alergia e permanecer a imunidade. O que Calmette afirmava que a alergia deve ser tomada como um índice de impregnação bacilar e não como testemunho de defesa, está obtendo hoje confirmação cada vez maior.

Experimental e clinicamente na vacinação BCG vai-se verificando que os melhores estados de defesa são os de baixa ou nula hipersensibilidade. (Birkhuang, Corper, Rich, Sayé, Arlindo de Assis, Chaussinand, etc.). E a maior prova de que os vacinados que perdem sua sensibilidade tuberculínica, ainda mantêm um substrato imunológico específico está sendo dada na prática da revacinação. A alergia que via de regra leva 4 a 6 semanas para aparecer na primo-vacinação, surge desde o 8.º

dia na revacinação. Essa aceleração na ressensibilização dos revacinados mostra o comportamento diferente desses indivíduos em relação ao BCG, o que prova que ainda continuam sob os efeitos específicos da vacina. Aliás, há nesses fatos completa analogia com o que foi observado por Willis em 1928 nos cobaios infectados com amostra avirulenta do bacilo de Koch. Depois que perderam a sensibilidade tuberculínica foram re-infectados com bacilos virulentos e a alergia então surgiu desde o 4.º dia, o que se deu muito mais tarde nas testemunhas. Ao lado disso esses animais evidenciaram um grau elevado de resistência em relação às reinfecções virulentas.

A experiência do BCG é uma experiência segura que aumenta sem cabedal a cada momento. Mesmo nos países onde a influência do dramático desastre de Lubbeck impediu um melhor estudo do bacilo biliado, hoje vamos observando, aos poucos, lentamente é verdade, mas progressivamente uma tendência mais favorável ao BCG, sendo certo que, no que diz respeito à decantada revirulentação, até nesses países, em que esse argumento era a tecla preterida, esse assunto constitui hoje ponto pacífico.

Dr. B. Pedral Sampaio: Eu diante do que tenho observado, sou favorável ao emprego do BCG e do emprego em massa. Pode-se melhor apreciar o valor do BCG nas pessoas saídas de famílias tuberculosas, e vivendo nas piores condições de alimentação e habitação, as quais resistem a contactos maciços, como bem ressaltou o sr. presidente, a propósito do caso do Morro do Pinto, fato que também tem sido observado por todos que lidam com grandes massas de premunidos. O fato só do BCG evitar a infecção nos pri-

meiros anos de vida já é suficiente para atestar seu valor, pois que a partir dos 5 anos a infecção tuberculosa já não apresenta a tendência à generalização, o que se observa até aquela idade.

No mais só tenho a agradecer os comentários feitos em torno de meu trabalho e só peço aos especialistas, principalmente aos pediatras, que procurem aumentar seu interesse pelo BCG, por ser ele medida profilática fundamental na luta contra a tuberculose.

Dr. Roberto Brandi: Como iríamos, na apresentação do trabalho de hoje limitamo-nos a demonstrar que a vacina de São Paulo está sendo preparada de acordo com todos os cuidados de segurança e detalhes indispensáveis para que preencha os requisitos essenciais da premunicação, mormente no que se refere à sua absoluta inocuidade. Aliás do BCG já constitui ponto passivo, e o fato de não ter sido abordada pelos colegas, torna desnecessário qualquer comentário de nossa parte.

Apenas queremos adiantar que estamos trabalhando em colaboração com os clínicos do Serviço de BCG, na elaboração de trabalho em que são estudados todos os casos de crianças que, submetidas à vacinação pelo BCG, apresentaram mais tarde quaisquer alterações de seu estado de saúde cuja natureza poderia despertar dúvidas quanto à inocuidade do BCG. Nesse estudo, que compreende as alterações sanguíneas, pesquisas sistemáticas e rigorosas de bacilos de Koch bem outras pesquisas necessárias ao esclarecimento dos casos, procuraremos demonstrar, o mais objetivamente possível, que a vacina BCG é inócua e que os casos apontados pelos adversários do BCG como consequência da vacina não o são na realidade.

PHILERGON = FORTIFICA  
DE FATO

## SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. José Rosenberg

**A primo-infecção tuberculosa na infância** — Dr. Emilio Cury — A primo-infecção tuberculosa, marca a fase inicial da invasão do organismo pelo bacilo de Koch, organismo este, que poderá sucumbir diante desta invasão ou apresentar uma cura clínica, aparente ou definitiva, acarretando esta cura uma mudança do estado imunobiológico do organismo conhecida por Pirquet com o nome de alergia. A existência da alergia traz consigo a idéia de uma certa capacidade defensiva é verificada pelo fenómeno de Koch, Bruno Lange, Calmette, Lydtin, Allen Krause, Marfan, etc. Este estado alérgico representa uma espécie de equilíbrio de luta existente entre o germen deletério (bacilo) e o organismo infectado (terreno). Este equilíbrio é instável podendo ser rompido de um momento para outro, durante o ciclo vital da criança. Todas as circunstâncias anergizantes, quer de ordem fisiológica (vagotônica) quer patológica, poderão pôr em evolutividade os germens encurralados ativos mas não evolutivos. Desaparece então a alergia e surge a anergia orgânica em virtude da qual se desencadeia o surto ou reinfeção. Esta reinfeção, ou é devida à bacilos de Koch exteriores, constituindo as reinfeções exógenas ou heterógenas, ou devida à reativação do bacilo de Koch incurralado, virulento, ativo, evolutivo, da primo-infecção, constituindo a endoinfecção endógena ou anatógena.

O bacilo de Koch, ao penetrar em um organismo virgem (normoérgico, ou alergia virgem), não se deixa revelar por nenhuma reação ou sintoma. É o verdadeiro período de incubação da tuberculose, período este caracterizado por uma latência clínica absoluta. A descoberta da frequência da existência de uma infecção tuberculosa pela tuberculino-reação, sistemática, veio provar que uma tuber-

culose pode evoluir sem manifestação quer clínica quer às vezes mesmo, sem manifestação radiológicas. A observação clínica, demonstra que lesões graves extensas, são capazes de persistirem longo tempo assintomáticas. Kleinschmidt, diz que a metade dos seus casos, eram tidos pelos pais como sãos. Outros autores, afirmam em contradição a Kleinschmidt que a primo-infecção surge às vezes com quadro pneumônico grave. Este período de indiferença à presença do bacilo de Koch, chamado mesmo período de indiferença de Cummis, período anti-alérgico de Robert Debreu e Jacque, tem uma durabilidade média de 3 a 7 semanas. Não se compreende como certos autores pretendem dar a este período uma dualidade fixa (Epstein, Bethold) porquanto sabemos que este período está subordinado a várias causas, e dentre elas a mais importante é a dose do bacilo infectante. Quanto maior a quantidade de bacilo inoculado, menos o período anti-alérgico e piores as probabilidades de cura. Quanto menor a quantidade de bacilos (pauci-bacilar) maior o período anti-alérgico e melhores os prognósticos. Este período se demonstra, se mede, se define pelo tempo que vai desde a cessação do contato contaminante até o aparecimento da cuti-reação tuberculínica que aponta a alergia orgânica.

Sendo a via aérea a porta mais exposta para a penetração do bacilo de Koch no organismo, justo é pensar e na realidade se verifica que a localização mais frequente do primeiro aninhamento bacilar seja o pulmão. Isto se verifica em 90% dos casos. Jousset, diz que a lesão pulmonar nunca é primária; mister se faz notar entretanto que Jossset é um afechado partidário da patogenia intestinal.

Quando este primeiro contato é pulmonar, temos que distinguir

dois elementos fundamentais. Um parenquimatoso, cancro de inoculação, que no começo é um foco inflamatório representado por uma alveolite exudativo-fibrinosa no meio da qual, misturados com gérmenes de Koch, encontramos células polinucleares neutrófilas e células epiteliaes de descamação, envolvidas mais tarde pelo tecido conjuntivo, constituindo o nódulo primário de Kuss ou de Gohn. Outro elemento fundamental, é o ganglionar, que é uma lesão obrigatória de todas as primo-infeções tuberculosas, qualquer que seja a sua localização. Diz Parrot: "na infância não há infecção pulmonar que não se reflita sobre os gânglios brônquicos, como se fosse um verdadeiro espelho e vice-versa, não há adenopatia brônquica, que não tenha uma origem pulmonar. Dêste cancro a infecção se propaga para os gânglios atrás dos lifáticos, constituindo esta triade anatômica inter-cancro-gânglio, o complexo anatômico, o complexo primário ou o complexo de Ranke.

Este conjunto anatômico, sofre durante a sua evolução, as seguintes alterações: os linfáticos se inflamam apresentando tubérculos que se dispõem em cadeia formando um verdadeiro rosário. Os capilares sanguíneos se dilatam, a mucosa dos brônquios se edemacia e passa a apresentar secreções que chegam a obstruir a luz brônquica, acarretando uma atelectasia mais ou menos extensa, reveladas pela triade sintomática, mediastino-costo-frênica (hemi-ascensão do diafragma, diminuição dos espaços intercostais e deslocamento em pêndulo do mediastino, sinal de Holzneck Jacobson, Stavelnam). Todo o arcabouço conjuntivo que rodeia estes elementos anatômicos, sofrem uma espécie de congestão, cuja zona, em conjunto, recebe o nome de região inter-focal. E' a inflamação colateral de Tendelvo, reação perifocal de Schminke, infiltração circunfocal de Schmarl. Por ser produzida mais por toxi-

nas do que por elementos bacilares, foi chamada por Eliasberg e Neuland epituberculose e de paratuberculose por Engel.

Langer e Kleinschmidt pensam que se trate mais de uma forma paucibacilar. Tapia e Redecker acham ser esta infiltração colateral, produzida por uma forma filtrável do bacilo. A punção dêste tecido inflamatório inter-cancro-gânglio foi positiva para bacilo de Koch por Lowenstein.

Esta inflamação não é peculiar do complexo primário, pode surgir em qualquer período da tuberculose, refletindo, a atividade e a evolutividade do foco envolvido pela inflamação envolvente.

Todos estes processos inflamatórios perifocais se desenvolvem em um organismo virgem de infecção tuberculosa, organismo êste que logo apresenta um modo de reação distinta, respondendo positivamente à tuberculina e dando lugar a fenômenos de escleroses ao redor de todas as infiltrações descritas. E' o período da alergia primária ou esclerosante de Ranke. Estas infiltrações podem-se reabsorver, deixando como reliquia uma bronquiectasia no território anteriormente infiltrado, isto é, inter-cancro-gânglio. Quanto mais durar esta infiltração, maiores são as probabilidades bronquiectásicas. Nas atelectasias obstrutivas de longa duração, as bronquiectasias são mais frequentes, tendo como ponto de eleição, o ângulo cárdio-frênico. A evolução do complexo anatômico depende do nódulo de Gohn. Em casos favoráveis, o nódulo caseificado se calcifica e uma barreira conjuntiva o isola dos tecidos circundantes. O gânglio hipertrofiado assim como os sinais inflamatórios regredem. Fica somente o complexo calcificado ou ossificado. Mas, se predomina o processo necrótico sobre o reparador, êste foco pode escavar, deixando aberto o caminho que conduz à tísica broncogênica do órgão; é a tísica do foco primário, também chamada por Aschoff, "tuberculose galopante da criança". Na regressão,



é característico o aspecto bi-polar de Redeker. Raros são os casos em que o polo hilar e parenquimatoso aparece sem o istmo linfático de união. Se isto acontecer, poderá haver confusão com os infiltrados precoces ou redondo, até ao momento em que a deposição cálcica elucide o complexo. Este complexo anatómico ou complexo primário de primo-infecção é diferente do complexo anatómico de super-infecção, em virtude do estado da alergia deixado por esta primo-infecção, estado este que governa, que orienta as reações de super-infecção.

Complexo primário com disseminação hematogénica. Até agora falei das lesões primárias quanto ao ponto de vista local sem comentar as generalizações. Tomando como base a tuberculose experimental, muitos autores sustentam e a experiência o prova, que há fase de disseminação dos germens pela via hemática, precedente a localização pulmonar das lesões primárias, bacilemias estas que acompanham a primo-infecção principalmente na forma com eritema nodoso.

Voltando agora à patologia humana, podemos separar dois grupos de infecção primária. Um, em que não apareçam mais as lesões, a não ser o complexo de Ranke. Outro, em que, concomitantemente ao complexo, aparecem lesões afastadas. Classicamente, admite-se que estas lesões constituem focos de disseminação intra-parenquimatosas por via linfática, mas Loeschke e sua escola, afirmam que são disseminações intra-brônquicas. Isto, evidentemente, encontra apoio nas formas em que o nódulo de Kuss tem uma evolução cavitária, ou nas formas pneumônicas de começo; entretanto, isto não se pode admitir para a maioria dos complexos chamados fechados. A via sanguínea ganha terreno na disseminação da tuberculose, a tal ponto que Redeker chega a afirmar que não há um só caso de primo-infecção sem uma disseminação

hemática mais ou menos extensa e alguma sintomatologia.

Se voltarmos a atenção para a constituição anatómica das lesões primárias, notaremos que, a princípios, é uma alveolite bacilar e que os elementos bacterianos dos alvéolos estão separados dos capilares, por leves barreiras celulares, francamente permeáveis. Somente mais tarde, com o evoluir do complexo (formação da cápsula peri-nodular) podemos considerá-lo isolado. O gânglio hilo-medialino poderá, pelos seus linfáticos eferentes, e dêstes para a sub-clávia, e depois ao coração direito, donde o bacilo de Koch pela pulmonar, repetir-se-á por ambos os campos pulmonares. Estes germens irão produzir novos focos de alveolites, e portanto novos grupos de bacilos em contato com os capilares sanguíneos, com probabilidade de caírem nas veias pulmonares, destas ao coração esquerdo, indo pela circulação aórtica acarretar a disseminação à distância. Eis como se explica a disseminação hemática na grande e na pequena circulação. Liebermeister demonstrou que a primo-infecção mesmo em fase precoce, daria passagem de germens ao sangue. Braeuning e Redeker, acham que isto não é o habitual. O reservatório ganglionar do hilo é o ponto de partida do germen pela via linfo-hemática, e dêste ao pulmão. Isto foi verificado pela primeira vez por Gohn, baseando-se em estudos anatómicos imprescindíveis para o conhecimento das disseminações. Redeker e Etzaguirre, insistem em dizer que a presença do gânglio para-traqueal especialmente o de Botal, por ser a primeira defesa, é o índice de uma provável disseminação. Braeuning e Redeker, dizem que não é indispensável que existam grossos enfartos dêstes gânglios para que haja a disseminação. Há casos provados anatomicamente, nos quais grossas adenopatias para-traqueais caseosas, não produzem disseminação aparente e que



outros ao contrário, se verifica uma granulia, sem que a autópsia revele gânglios caseificados.

Disseminações pulmonares: — Três são os tipos de disseminação pulmonar definida: 1.º) Disseminação em nódulos isolados ou grupo de nódulos de localização api-

cal os quais denominaremos de nódulos de Simon. 2.º) Nódulos mais abundantes repartidos pelo parênquima pulmonar, que é a disseminação precoce de Redeker. 3.º) A granulia generalizada, também chamada generalização precoce de Huebschmann.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 10 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Britto

**A terapêutica pelo electrochoque** — Dr. Fernando O. Bastos: O A. inicia fazendo alusão aos inegáveis e importantes progressos da terapêutica psiquiátrica, que se tem verificado nestes últimos anos, sobretudo à custa dos modernos tratamentos de choque (insulinoterapia de Manfred Sakel, cardiazoloterapia de von Meduna e electrochoque de Cerletti e Bini). Estudando o electrochoque, cuja experiência, em nosso meio, data de pouco mais de um ano, o A. focaliza diversos tópicos, chegando às seguintes conclusões: a) não ocasiona quaisquer sensações penosas ao paciente, o que se deve à imediata abolição da consciencia no momento do choque; b) não desperta, por isso mesmo, temor das aplicações futuras; c) não exige a introdução de substâncias químicas no meio interno; d) apesar das vantagens que oferece sobre o método de von Meduna, o electrochoque não substitue a cardiazoloterapia em todos os casos, pois esta continua tendo suas indicações em numerosas circunstancias especiais; e) A nossa experiencia pessoal — 387 aplicações com 80% de resultado — embora pequena tende a demonstrar a possibilidade do efeito terapeutico das crises frustras provocadas pelo electrochoque; f) o tratamento combinado pelas crises frustras e crises completas parece util nos casos de psiconeuroses (crises neuropsicastênicas e histéricas); g) a julgar pela estatística da litera-

tura, os melhores resultados terapêuticos do electrochoque tem sido observados nas formas depressivas da psicose maníaco-depressiva, na melancolia de involução e nas formas agudas ou recentes da esquizofrenia.

O A. illustrou o trabalho com a projecção de filmes e diapositivos.

**Perturbações da palavra** — Dr. Oswaldo Lange: Depois de lembrar o mecanismo da linguagem interna e de sua exteriorização pela expressão verbal, o A. passa a considerar as vias anatómicas da palavra referindo-se concomitantemente às perturbações que as lesões dessas vias produzem no mecanismo da articulação verbal. Estuda, assim, as lesões corticais, sub-corticais e periféricas, relembrando os caracteres principais das afasias sensoriais e motoras, das disfasias, das disartrias, das disfonias, das dislabias e das perturbações da palavra do tipo neuro-vegetativo.

**Teor C vitamínico dos alimentos brasileiros.** Nova técnica da dosagem da vitamina C nos alimentos — Dr. Paulo de Almeida Machado: Ao fazer referência sobre a técnica pela tanagem, mostrou o A. causas de erro em certas frutas nacionais, como cajú, banana, e goiaba, consideradas ricas em vitamina C, nas quais predomina, entretanto, o tanino. O A., que está ainda prosseguindo nas suas pesquisas, promete voltar para tratar do assunto.

## SESSAO DE 24 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Nelson Cayres de Britto

**Distúrbios psíquicos nas endocrinopatias** — Dr. J. Carvalho Ribas: (Ver resumo no Bol. do Sanatório São Lucas, IV, 111, janeiro 1943).

Discussão: O dr. Atilio Zelante Fiosi observa que a exaltação do libido no hiperpituitarismo é apenas inicial. Menciona a glândula pineal na puberdade, citando o trabalho do dr. Mesquita Sampaio. Apresenta, em seguida, uma sugestão ao A.: investigar as endocrinopatias nos antecedentes familiares dos pacientes.

O dr. Mesquita Sampaio, felicita o A. pondo em realce o valor do trabalho apresentado, em vista de ser o assunto muito divulgado, porém, pouco estudado.

O dr. José Saldanha Faria, indaga qual o critério cirúrgico a adotar nos distúrbios psíquicos ligados ao hipertireoidismo e se os pacientes são beneficiados com o ato cirúrgico.

O dr. Nelson Cayres de Britto ressalta a importância do trabalho do A. e pergunta quando se deve indicar a radioterapia nas psicopatias relacionadas ao hipertireoidismo. O dr. Mesquita Sampaio pede permissão para voltar ao assunto afim de focalizar a maneira como atualmente agem as clínicas especializadas dos Estados Unidos da América ao relacionar os casos clínicos e cirúrgicos dos

distúrbios psíquicos ligados ao hipertireoidismo.

**Esterilidade sexual masculina** — Dr. J. Pedro Leite Cordeiro: O A. faz um apanhado histórico sobre a impotência no homem e de certos fatos ocorridos em épocas remotas. Discorre sobre as diferentes classificações, levando em consideração os fatores psiquismo, masturbação, idade, fadiga física e mental, etc. acreditando ser o psiquismo que dá maior porcentagem de casos. A seguir cuida da neurastenia sexual, lesões orgânicas dos órgãos genito-urinários, lesões nervosas centrais e periféricas. Salientou também as doenças endócrinas, as intoxicações medicamentosas, alcoólicas, tabágicas, etc. e finaliza seu interessante trabalho chamando a atenção da necessidade de um minucioso interrogatório e exame clínico do paciente em benefício do tratamento.

Discussões: O dr. Nelson Cayres de Britto focaliza o problema social da questão, o diagnóstico etiológico e tratamento psíquico abordando por fim o cuidado que se deve dar a educação sexual.

O dr. Mesquita Sampaio, em aditamento às palavras do dr. Britto, focaliza a questão de ordem sentimental e religiosa. Faz um confronto entre a maneira de encarar o problema sexual entre os anglo-saxões e os povos latinos.

## SESSAO DE 22 DE DEZEMBRO

Presidente: Dr. Francisco Finocchiaro

**Primeiro Congresso Interamericano de Cirurgia** — Dr. Paulo G. Bressan: (O trabalho foi publicado na íntegra, ver Bol. San. São Lucas, IV 107, janeiro, 1943).

70)

Discussão: O dr. Eurico Branco Ribeiro fez algumas considerações sobre os hospitais de Santiago e de Valparaíso mostrando numerosas fotografias.

## Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 27 DE DEZEMBRO

Presidente: Dr. Gastão Rosenfeld

**Conceito de cura na tuberculose pulmonar** — Dr. José Rosemberg: O A. encara o problema sob o ponto de vista clínico e bacteriológico. Referindo-se ao conceito clínico de cura diz que a semiologia clínica pouco indica nos casos negativos. Tem mais valor as provas radiológicas e de laboratório. Passa em revista a importância da pesquisa sistemática do escarro ou de preferência do lavado gástrico. Discute o valor desses métodos e a necessidade de se individualizar os casos.

Do ponto de vista radiológico, encara o problema da reabsorção total das imagens e a questão da cura com defeito. Nesse particular chama a atenção para a importância patogênica das lesões curadas residuais (estados sequelas, estados de intervalo) e as fibroses residuais.

Analisa, ainda, o moderno conceito sobre a evolução da tuberculose por surtos. Estuda, em seguida, o conceito de cura nos doentes submetidos a colapsoterapia pelo pneumotorax e nos que o colapso se tornou permanente (toracoplastias). Demonstra a dificuldade que existe às vezes de tirar uma conclusão definitiva nesses casos, encara, então, a ajuda que traz a técnica tomográfica.

Passando ao conceito anatómico e bacteriológico de cura, demonstra a falta de paralelismo entre o

conceito clínico e anatómico de cura. Com demonstração anátomo-patológica e com provas de inoculação de lesões e cicatrizes residuais pode-se em muitos casos demonstrar a presença de bacilo de Koch vivo e virulento. Esses focos latentes assim persistem nos casos considerados como curados clinicamente mesmo depois de muito tempo, podendo-se exaltar em dado momento.

Analisa, também, o conceito que, modernamente, tem abalado concepções clássicas sobre a impossibilidade da cura bacteriológica. Casos ha (a anatomia patológica e os dados histobacteriológicos o confirmam), em que a cura bacteriológica se processa podendo esses organismos voltar a fazer um novo complexo primário ante uma nova infecção.

Frisou bem, entretanto, que isso só é possível nos casos em que os indivíduos não chegaram a ficar tísicos.

Diante de tudo isso ficou esclarecido que conceito de cura na tuberculose pulmonar comporta clinicamente um critério elástico e que o que importa é colocar o indivíduo (sem perigo para a coletividade — prova de que não é mais contagiante) em condições de poder voltar a exercer suas funções na sociedade num grau de atividade maior ou menor compatível com seu estado.

**HEXAMYO**  
**IODETO EM GOTAS**

## SESSÃO DE 9 DE JANEIRO

Presidente: Dr. Fuad Chammas

**Lombociatalgia e artróse apofisária** — Dr. Marino Lazzareschi: O A. assinala de início, que na patologia tão controvertida das dores lombares e ciáticas, adquirem dia a dia maior importância as lesões vertebrais, que enumera, pondo em destaque a artróse apofisária.

Lembra que a solução dos problemas etiopatogênico e terapêutico das lombociatalgias só pode advir do esforço conjunto dos clínicos, ortopedistas, neurologistas, radiologistas, etc.

Mostra a seguir, em breve resenha, como surgiu o interesse pelas articulações interapofisárias na patogenia do síndrome doloroso.

Diz que à luz dos conhecimentos mais recentes a maioria das ciáticas essenciais reconhece como causa uma lesão vertebral, apontando-se como a mais frequente a artróse apofisária.

Após classificar as ciáticas em secundárias e essenciais e, descrever o quadro sintomático destas, passa a estudar a entidade mais conhecida como "artrite apofisária". O A. prefere, entretanto a denominação "artróse apofisária" por ser uma lesão de fundo degenerativo.

Esta lesão das pequenas articulações inter-apofisárias, que constituem o verdadeiro sistema articular da coluna, forma um capítulo novo na patologia da raque, não tendo mais do que dois decênios. É conhecida também como "lomboartrite de Putti" e não deve ser confundida com "lomboartrite de Leri" que corresponde à "espondilose deformante" ou "artrite hipertrófica da coluna".

A seguir, cita algumas estatísticas, chamando a atenção para a frequência, da artróse apofisária e sua incidência com relação ao sexo, à idade e à sede.

Estudando a etiologia, analisa o papel dos fatores determinantes, quer gerais, quer locais.

72)

A anatomia das articulações interapofisárias é recordada, assim como a do trajeto de conjugação com o seu conteúdo, referindo neste ponto, os estudos referentes sobre o nervo de conjugação que é constituído pelo segmento ganglionar intraduromeningeano e, não pelo funículo, segmento extrameningeano, como supunha Sicard.

Descreve em seguida os sinais radiográficos da artróse apofisária não raramente esquecidos nos relatórios. Outro ponto que merece maior atenção é o número de projeções — via de regra insuficiente. Devemos contar habitualmente com quatro projeções: antero-posterior, perfil e duas postero-anterior obliquas — direita e esquerda.

No capítulo da patogenia o A. estuda minuciosamente o fenómeno neurotóxico que é o mecanismo principal pelo qual age a artróse apofisária.

Finalmente, depois de se referir aos meios de diagnóstico e ao valor de certas lesões vertebrais tidas habitualmente como fatores causais das lombociatalgias, tais como a "spina bifida", a sacralização da quinta vertebra lombar, etc., examina os recursos básicos de tratamento da artróse apofisária, os quais podem ser conservadores e cirúrgicos. Os meios conservadores compreendem, em linhas gerais, a medicação antineurálgica, antireumática, a termoterapia pelo banho de ar superaquecido e a imobilização pelos coletes de gesso, de couro ou de pano, segundo o caso.

O tratamento cirúrgico tem indicações mais restritas e especiais.

Em suma, a artróse apofisária é uma entidade clínica de quadros anátomo-patológicos e radiográficos hoje bem individualizados e por conta da qual corre a maioria das lombociatalgias tidas como essenciais.

## SESSÃO DE 20 DE JANEIRO

Presidente: Dr. Gastão Rosenfeld

**A vacinação pelo BCG** — Dr. Febus Gikovate — O A. inicia sua palestra encarecendo o valor da profilaxia na tuberculose, uma vez que a colapsoterapia não veio resolver o problema terapeutico a não ser como paliativo. Lembra, com Sayé, que as medidas profiláticas podem ser de duas ordens: indiretas e diretas.

Os trabalhos experimentais atestam a eficiência da vacina (Calmette e Guérin, Max B. Lurie, Herta Schwabacher e G. S. Wilson, H. Birckhaug, Abelardo Sams, etc.).

Conclue sua palestra, dizendo ser preciso administrar o BCG a todos os recém-nascidos e a todos os individuos anérgicos. Não sendo possível tal prática é indispensável realizar a premunicação nos casos em que há perigo grande de contágio: pais tísicos, estudantes de medicina, enfermeiros, recrutas.

Em tempo de guerra, maximé quando o índice de tuberculinização é relativamente baixo em muitas regiões, e em face das formas graves de primo-infecção do adulto — é o nosso caso — a vacinação dos convocações anérgicos impõe-se com maior razão ainda.

## Outras sociedades

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 17 de maio, ordem do dia: A cirurgia plastica em tempo de guerra — Dr. J. Rebelo Neto; Hemangioma do pavilhão auricular — Dr. Duarte Cardoso; Anestesia de condução na operação do seio maxilar — Dr. Frederico Mueller; Transplante livre do musculo e sua importancia na cirurgia de guerra — Prof. Antonio Prudente.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia**, sessão de 14 de maio, ordem do dia: Sugestões para uma reforma da lei de accidentes do trabalho (discussão) — Prof. Flaminio Favero.

Sessão de 31 de maio: Continuação da discussão da sessão anterior.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 12 de junho, ordem do dia: Considerações sobre o seminoma com metastase cutanea simulando lepra — Dr. Humberto Cetruti.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 20 de maio, ordem do dia: Alguns aspectos da vitaminologia — Dr. Vicente Batista.

**Centro de Estudos Franco da Rocha**, sessão de 19 de maio, ordem do dia: O eletroencefalograma na clinica e na experimentação — Dr. Anibal Silveira; Síndromo pseudo bulbar; referencias anatomo-clínicas sobre um caso — Drs. Paulo Pinto Pupo e C. Trapé.

**Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, sessão conjunta dos Departamentos de Anatomia Patologica, Fisiopatologia Experimental, Fisiologia e Quimica Fisiologica, em 16 de junho: Orientação atual do ensino teórico-prático de endocrinologia no Departamento de Fisiologia — Dr. Ciro de Camargo Nogueira; O uso do colorimetro foto-elétrico na determinação da vitamina C — Dr. Demostenes Orsini.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 1.º de junho, or-



dem do dia: Tratamento médico do glaucoma — Dr. Francisco Amendola.

**Sociedade de Medicina Aplicada á Educação Física**, sessão de 12 de maio, ordem do dia: O fichamento médico dos esportistas — Dr. Erlindo Saizano; Dispositivo adicional em forma de ventosa de borracha para a marcação de medidas na toeza "Alcaide-Salzano"

— Dr. J. de Deus B. dos Reis; Ficha medico-esportiva do Instituto Jaguaribe — Dr. B. Dethow.

**Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 26 de maio, ordem do dia: Enterite regional — Dr. Eurico Bastos; Infarto hemorrágico do intestino delgado com a especial referencia ao aspecto radiológico do quadro cólico — Drs. Piragibe Nogueira e Cassio Vilaça.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Afecciones quirúrgicas de la mano** — Carlos T. Rivas, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1943.

E' esta mais uma excelente edição da Livraria El Ateneo de Buenos Aires. Versando um assunto de interesse pratico muito encontrado, em que as idéias terapêuticas ainda oferecem margem á existência de várias correntes orientadoras o A. desceu ás mais remotas minúcias iniciando seu trabalho pelo desenvolvimento embriológico das mãos, analisando depois a anatomia, a anatomia comparada e a fisiologia para então entrar no terreno da patologia. As manobras semiologicas applicaveis, as diversas afecciones são apontadas com detalhes, seguindo-se vários capitulos dedicados á terapêutica.

O livro traz farta documentação fotografica, bastando dizer que ás suas figuras são em número superior a 650. Apresentação material de primeira ordem. O volume contem perto de 500 páginas.

**Manual de Medicina Legal** — E. Martin, edição espanhola de Salvat, Barcelona, 1942.

Na tarefa de traduzir para o castelhano os bons compêndios, a editora Salvat, de Barcelona, hoje com filial em Buenos Aires, lançou

recentemente o manual de Medicina Legal do professor Martin, da Faculdade de Lião. Trata-se de uma obra moderna, contendo as novas concepções da patologia forense, acompanhando a legislação em vigor na França. Com o desenvolvimento que tem tido em nosso meio esse ramo da Medicina, é de se prever que tenha larga divulgação o presente Manual, pois serve de texto de comparação com os que se têm publicado entre nós, daí resultando, sem dúvida, maior soma de conhecimentos applicaveis na prática. O volume contém 740 páginas com 112 ilustrações.

**Variaciones respiratorias del electrocardiograma** — Jorge Gonzalez Videla, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1942.

Hoje, que a eletrocardiologia tomou grande vulto, sendo applicada á clinica diariamente nos serviços bem organizados o assunto de que trata o presente livro é de real importância. Tem, certamente, grande importância, a conclusão principal do A. de que todo exame eletrocardiografico não deve ser considerado completo si não incluye o estudo da terceira derivación registrada durante uma inspiração profunda. As bases em que se assenta essa conclusão estão



claramente discutidas nas 160 páginas do livro, o qual é ilustrado com varios traçados.

**Da estratigrafia na tuberculose pulmonar** — Manuel Ezequiel da Costa, Baía, 1942.

O presente volume é o segundo da "Biblioteca de Fisiologia" organizada pelo "Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose", sob a direção do dr. José Silveira. O assunto versado é "daqueles que estavam a exigir uma revisão critica, principalmente quando se tem em vista o problema das cavernas". O A. encara o tema com clareza, com segurança nos conceitos emitidos e diante de selecionada documentação radiografica. Fez, assim, uma valiosa con-

tribuição ao estudo da tomografia. A monografia contem 90 páginas.

**El tratamiento digitálico optimo en la práctica médica** — R. Aschenbrenner, Edição Morata, Madri, 1942.

Num folheto de 40 páginas da coleção de opúsculos sobre cardiologia, a editora Morata apresenta um livro essencialmente pratico — um guia para o emprego da digitalis em todas as contingências clinicas em que é recomendada. O A. é professor da Universidade de Hamburgo e a versão para o espanhol do seu trabalho já é a segurança de que a orientação nele impressa mereceu a larga divulgação que vem tendo.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Biologia**, XXVII, 1-48, março-abril 1943 — Aspectos serológicos da mononucleose infecciosa. As reações falsas positivas para a lues — Gonzalez Torres.

**Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo**, VI, 53-102, setembro-dezembro 1942 — Quadro clinico pre-mortal do Pênfigo foliaceo — B. Mario Mourão; Sobre o tratamento das ulceras dos membros inferiores — J. Ricardo Alves Guimarães; Doença de Neumann (Pênfigo vegetante) — J. Paulo Botelho Vieira; A vitamina D em clinica — Luiz V. Decourt.

**Arquivos do Instituto Biologico**, XIII, 1-320, 1942 — Estudo das condições para a completa destruição de todo o sistema nervoso central dos mamíferos — P. E. Galvão e J. Pereira Jr.; Sobre a presença da "Salmonella gallinarum" nos ovos de galinhas portadoras de tipo aviario — P. No-

brega e J. Reis; "Hercius Nobilulus" praga dos algodões do estado de São Paulo — H. F. G. Sauer; Contribuição para o conhecimento da sávia — M. Autuori; Preparação e propriedades farmacológicas de compostos simples de histamina com amino ácidos — M. Rocha e Silva; Estudo do organismo causador da bacteriose da mandioca — J. Franco do Amaral; Estudos feitos com um segundo adenocarcinoma transplantevel do camodongo encontrado no Inst. Biologico de S. Paulo — J. R. Meyer; Estudo sobre a ação toxica do extrato de folhas de pitheira — J. R. Meyer; Descrição de onze especies novas de coccídeos do Brasil — H. S. Lepage; Reação fibrosa da parede do estomago de "Tapirus americanus" provocada por "Physocephalus nitidulans" — R. Cuocolo; Sobre ovos não fecundados e pseudo-operculados de "Ascaris lumbricoides L. 1758" — R. Cuocolo e M. J. Mello; Histopatologia dos ganglios linfaticos na Brucelose

suina — P. Bueno; Relatório helmintológico da excursão científica a Juquiá realizada pelo Departamento de Zoologia — R. Cuocolo.

**Gazeta Clínica**, XLI, 70-94, março 1943 — Diagnóstico das moléstias pulmonares crônicas — M. A. Nogueira Cardoso; Memórias de um jovem cirurgião — Mendes de Castro.

**Publicações Médicas**, XIV, 1-72, março-abril 1943 — O controle radiológico pre-operatório do ceco-apêndice — Aleixo Delmanto; Conformação viciosa do anus e recto — Nestor Oliveira; Pleurisia pútrida — Buarque Lima; Chalmogroterapia segmentária intra-arterial — Inácio Tostes A. Martins; A propósito de um caso de epifise vertebral de crescimento — Moacir Fagundes.

**Resenha Clínico Científica**, XI, 111-155, abril 1942 — Diretrizes para o tratamento radical das nevralgias do trigêmeo — Mario Dogliotti; A fluorescência da pele normal, das lesões cutâneas e dos fâneros; sua relação com a presença de queratina e lípidos — Mendes de Castro e Otavio Almeida.

**Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia**, XI, 1-147, janeiro-fevereiro 1943 — Otite média e suas complicações no diabete — F. Paula Pinto Hartung; Polipo de

Killian — Gustavo dos Reis e Antonio Corrêa e Juan Montero; Sinusites nas crianças — J. Fairbanks Barbosa; Oto-rino e abcesso retro-auricular — Enio D. Salerno; Destruição total da língua por carcinoma — Ernesto Moreira.

**Revista Clínica de São Paulo**, XIII, 85-120, março 1943 — Hemorragias sub-aracnoidiana — Fernando Moraes; Nota sobre a incidência de vermes e protozoários intestinais entre soldados do exercito, com referencia especial aos portadores de cistos de Endamoeba histolitica — A. Dacio Franco do Amaral e R. Azzi Leal.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, II, 146-212, julho-agosto de 1942 — Alguns aspectos das tarefas dos médicos e cirurgiões em tempo de guerra — J. de Souza Ferreira; Sondagens jejunal antecipada nos gastrectomizados — Miguel Leuzzi.

**Revista Paulista de Medicina**, XXII, 89-162, fevereiro 1943 — Neurovirus — J. Lamartine de Assis.

**Revista Paulista de Tisiologia**, IX, 76-134, março-abril 1943 — A contribuição brasileira à vacinação B. C. G. — Arlindo de Assis; A tuberculose nos imigrantes japoneses — João Grieco; Como se conduzir após a toracoplastia — Eduardo Etzel.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Inauguração de novos pavilhões do Hospital São Luiz Gonzaga, de Jacanã** — Realizou-se no dia 12 de maio, presidida pelo sr. Interventor Fernando Costa e com a presença de inúmeras personalidades representativas dos círculos administrativos, médicos, sociais e militares, a inauguração, no Hos-

pital São Luiz, de 2 novos pavilhões, com capacidade para 200 doentes pobres vitimados pela tuberculose.

Iniciando a solenidade, usou da palavra o dr. Synesio Rangel Pestana. As primeiras palavras do atual diretor da Santa Casa de Misericórdia fixaram, numa síntese

feliz, os esforços da Irmandade daquela instituição, no sentido de dotar S. Paulo de mais um estabelecimento hospitalar destinado ao tratamento das vítimas da tuberculose.

Seguiu-se com a palavra o interventor federal que, depois de declarar inauguradas as novas dependências do Hospital "São Luiz Gonzaga", acentuou o esforço do seu governo em resolver, em nosso Estado, o problema da assistência hospitalar.

Falou depois o dr. Clemente Ferreira, que abordou o problema da tuberculose em nosso Estado, e, em seguida, finalizando a cerimônia, o sr. Theotônio Monteiro de Barros Filho, secretário da Educação, falou sobre os planos do governo bandeirante para a construção de novos hospitais para o tratamento dos pobres atacados pela tuberculose.

Passou em seguida o sr. Fernando Costa, em companhia das autoridades presentes, a percorrer os pavilhões, então inaugurados, num dos quais teve lugar expressiva homenagem póstuma ao saudoso clínico Lemos Torres, com a inauguração do seu busto.

Nesse ato usou da palavra o prof. Jairo Ramos, que traçou um perfil do inolvidável médico, que substituiu na chefia do corpo clínico daquele estabelecimento hospitalar.

Depois de percorrer as diversas instalações do Hospital "São Luiz Gonzaga", que lhe mereceram elogiosas referências e a cujos diretores reafirmou o seu propósito de auxiliá-los a atingirem os fins a que se destina a caritativa instituição, o sr. Fernando Costa regressou à cidade.

## Serviço Nacional de Lepra

**Entrega de premios a médicos paulistas** — Realizou-se no dia 12 de fevereiro a entrega dos premios do concurso de monografias organizado pelo Serviço Nacional da Lepra. Presidiu a solenidade o ministro Gustavo Capanema, que pronunciou algumas palavras sobre o ato e expôs o programa que o Ministério da Educação traçou para o corrente ano nesse importantíssimo setor da saúde pública, afirmando que o governo se acha agora vivamente interessado num aspecto importante da campanha — a questão da investigação e do estudo da lepra. Era uma possibilidade futura o Instituto Nacional de Leprologia, que viria a ser um centro nacional de todas as pesquisas, um centro que orientasse os estudos nacionais e que também emprestasse grande colaboração ao estudo do problema no mundo. Referindo-se ao êxito alcançado pelo primeiro concurso sobre o tema "Diagnóstico da lepra", disse que acaba de ser

traçado um plano mais amplo visando fazer um Tratado de Leprologia, contribuição brasileira para a medicina mundial.

O sr. Gustavo Capanema acentuou que êsse êxito é realmente tão evidente que um dos trabalhos premiados já está sendo disputado nos Estados Unidos para tradução e publicação lá. Passou em seguida a expor o plano, que conterá, além da parte diagnóstica já realizada, os seguintes temas: a) história da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica; b) etiologia e patologia da infecção leprosa; c) terapêutica da lepra; d) epidemiologia e profilaxia da lepra.

Conquistaram os premios os seguintes médicos: 1.º premio, drs. Souza Campos; 2.º premio drs. Luiz Lauro de Souza Lima e Nelson Marino Becchell, Humberto Cerutti, Osvaldo Freitas Julião e Armando Berti; 3.º premio, dr. Antonio Carlos Horta.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Um novo agente antibacteriano

**A Penicilina nas infecções bacterianas** — Um poderoso agente bactericida, obtido de culturas de células microbianas, é a penicilina, descoberta em 1929 por Fleming, mas cuja aplicação clínica só se desenvolveu no ano passado. Tem esse nome por ser obtida de um cogumelo, provavelmente o "Penicillium notatum", análogo ao que faz curar o queijo de Camembert. E' extraída dos meios de culturas mortas pelo método liofilico e consiste em um pó amarelo, solúvel em água cuja composição não está ainda determinada. A penicilina é ativa na diluição de um milionésimo e mais, contra numerosos microorganismos, entre os quais se encontram estreptococos, estafilococos, gonococos, meningococos e anaeróbios do grupo da gangrena gasosa; assim, por exemplo, em um tubo de ensaio 0,001, em um centímetro cúbico de um meio de cultura, pode impedir o desenvolvimento de 2.500.000 de estreptococos hemolíticos; entretanto, a maioria dos bacilos Gram-negativos não são afetados senão por altas concentrações. Experimentalmente, os animais são protegidos pela penicilina contra numerosas infecções bacterianas e o rato pode ser prevenido de su-

cumbir pela ação de 100.000.000 de doses letais de estreptococo; ela difere das sulfonamidas por três fatores importantes: 1.º, é mais potente; 2.º inibe completamente o desenvolvimento bacteriano nas culturas, o que tem grande importância no tratamento das feridas infectadas; 3.º, sua ação não diminui pela presença de tecidos autolizados, o que constitui uma vantagem no tratamento de feridas supuradas. Por ser solúvel em água a droga pode ser administrada por várias vias, inclusive a intravenosa. Todos os estudos clínicos efetuados até agora e especialmente em Oxford (Inglaterra), são dos mais animadores, pois não se tem observado, pelo seu uso, efeitos tóxicos, mostrando-se eficaz em numerosas infecções como osteomielite, infecções urinárias, antrax, conjuntivites infecciosas, etc., e curando casos que não haviam cedido nem à cirurgia nem às sulfonamidas. Até agora, a única desvantagem que ela apresenta consiste na dificuldade para obtê-la; contudo, existindo a prova evidente de que ela é um poderoso agente quimioterápico de baixa toxicidade, deve-se determinar seus efeitos em relação aos sulfamidados e à gramicidina.

**NEURILAN**

**Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.**

Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vasomotores, palpitações, insônia, dispepsia nervosa.

A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendro.

Dose 1 a 2 colheres das de chá em água açucarada às refeições.

**Lab. Gross - Rio**

**NAO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

000  
co;  
por  
ais  
nte  
nas  
or-  
das  
mi-  
to-  
an-  
das  
em  
nis-  
e a  
dos  
es-  
la-  
res,  
elo  
an-  
ec-  
ões  
in-  
sos  
ci-  
Até  
que  
cul-  
xis-  
ela  
ote-  
ve-  
re-  
gra-